



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

A MULHER COM HIPOTONIA DO ASSOALHO PÉLVICO: NECESSIDADES EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Áurea Isabel Rodrigues Barroso

A MULHER COM HIPOTONIA DO ASSOALHO PÉLVICO: NECESSIDADES EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professor Doutor Luís Graça

Coorientação
Professora Doutora Maria José Fonseca

outubro de 2020

RESUMO

A hipotonia do assoalho pélvico acarreta problemas do foro físico, psicossocial e económico na vida das mulheres. Entre as disfunções mais frequentes encontra-se a incontinência urinária e o prolapso dos órgãos pélvicos, que tem tido pouco investimento na área da reabilitação.

Constituiu-se objetivo do estudo, compreender as necessidades em cuidados de enfermagem de reabilitação nas mulheres com hipotonia do assoalho pélvico, de modo a contribuir para uma melhor intervenção neste processo e suscitar nos profissionais de saúde a necessidade de desenvolvimento de competências nesta área.

O estudo assenta numa abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, com 10 mulheres com hipotonia do assoalho pélvico, selecionadas numa amostragem acidental. O procedimento de recolha de dados foi a entrevista semiestruturada, e para o tratamento dos dados, recorreu-se à análise de conteúdo.

Dos dados emergiram cinco áreas temáticas. As disfunções do assoalho pélvico mais comuns foram as incontinências urinárias e o prolapso dos órgãos pélvicos. Estas disfunções têm implicações, nomeadamente nas atividades de vida; transtornos da imagem pessoal; alterações do sono, devido à sua interrupção frequente pela necessidade de urinar; a preocupação com a higiene íntima, devido aos odores e às perdas de urina; as alterações na atividade profissional; e a nível sexual, algumas mulheres referiram implicações e outras referiram não ter qualquer tipo de influência. No tratamento das disfunções emerge o cirúrgico, e o conservador, com referências ao uso de produtos absorventes, pessários, produtos farmacológicos e reforço dos músculos do assoalho pélvico. As atitudes das mulheres em relação às respostas dos serviços de saúde foram de aceitação das orientações/prescrições, da sua condição de saúde e expectativa ou não, quanto ao tratamento. A assistência de saúde foi essencialmente prestada pelos médicos, através de referência para especialistas, e quanto aos enfermeiros foi de mediação ou não existiu intervenção específica.

Em síntese, as implicações da hipotonia do assoalho pélvico têm no enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, um vasto campo de intervenção aos diferentes níveis de prevenção, de forma a contribuir para uma melhor qualidade de vida das mulheres.

Palavras-chave: Distúrbios do Assoalho Pélvico, Mulher, Hipotonia Muscular, Enfermagem em Reabilitação

ABSTRACT

Pelvic floor hypotonic causes economic, physical, psychosocial problems in women's lives. There are several dysfunctions as a result from this problem, including incontinence and prolapse of the pelvic organs. It's an issue that still has a weak investment in the area of rehabilitation.

The aim of this study is to understand the needs in nursing care on women with pelvic floor muscle hypotonic, in order to contribute to an improved intervention in this process and to raise awareness in health professionals for the need to develop competencies in this area.

The study is based on a qualitative, exploratory and descriptive approach. The data collection procedure was the semi-structured interview, directed to women with PFH. The analysis of the obtained data was performed through content analysis.

Among the results, are highlighted the dysfunctions of the pelvic floor, like the Incontinence and the Prolapse of the pelvic floor. The implications in women's daily activities. Also relevant are the influence on women's self-esteem. In the sleep disorders, women also reported the need to urinate many times. Hygiene concerns, like the odors and losses of urine and all other constraints derived of this dysfunction on women's quality of life. Sexual life is also influenced by the pelvic floor disorders, like pain and fear to lose urine in the sexual act, but other women mentioned that this is not a problem to them. Other mentioned problem in their professional life. The usual offered treatment pharmacological, use of absorbent dressings, pessaries, strengthening of pelvic muscles and surgery. The treatment of choice is surgery, mainly due to lack of professional knowledge or sensitivity to refer these cases for rehabilitation. The attitudes of these women in relation to the responses of the health services were acceptance of the guidelines or prescriptions, their health condition and expectations or not regarding the treatment. Generally, women with Pelvic Floor Hypotonia are referred for treatment by family doctors, who lead them to urogynecologist's.

The specialist nurse in rehabilitation nursing area develops its work in the processes of prevention and rehabilitation. Scientific evidence demonstrates that pelvic hypotonia has negative impact on women's quality of life. This way, the interaction of a Nurse in rehabilitation in the multidisciplinary women's health teams is important.

Keywords: Pelvic floor; Woman; Muscle Hypotonia, Rehabilitation Nursing

AGRADECIMENTOS

Sendo este trabalho de investigação resultado de muita dedicação e trabalho pessoal, não posso deixar de agradecer a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para que a realização do mesmo fosse possível.

Ao Professor Doutor Luís Graça e à Professora Doutora Maria José Fonseca, pela partilha de conhecimento, pela pertinência das suas observações para o estudo, pelo permanente incentivo e encorajamento que me transmitiram na sua orientação.

A todas as Participantes no estudo que contribuíram para a sua concretização.

A toda a minha Família, pelo amor e apoio incondicional, em especial o meu filho, Bruno e ao meu irmão pelo espírito crítico e ajuda logística. Tendo sido os maiores impulsionadores e responsáveis do desenvolvimento da minha formação académica.

Aos meus Amigos, pela amizade e apoio em todas as horas, principalmente nas de maior dificuldade, fazendo me sempre acreditar que eu era capaz de realizar este trabalho e ajudando no que fosse preciso, principalmente ao José. Em especial à Catarina e à Sandra, por toda a partilha neste percurso, ajuda e paciência.

A todos os Colegas de trabalho que me ouviram tempos infinitos a falar deste trabalho e sempre me apoiaram.

A todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para concretização desta dissertação.

A todos, o mais sincero Muito Obrigada!

SIGLAS E ACRÓNIMOS

| | |
|-------------|-------------------------------------|
| AP | Assoalho Pélvico |
| CS | Cuidados de Saúde |
| DAP | Disfunções do Assoalho Pélvico |
| DM | Diabetes Mellitus |
| IU | Incontinência Urinária |
| IUE | Incontinência Urinária de Esforço |
| IUM | Incontinência Urinária de Mista |
| IUU | Incontinência Urinária de Urgência |
| ICS | International Continence Society |
| MAP | Músculos Assoalho Pélvico |
| POP | Prolapso dos Órgãos Pélvicos |
| QV | Qualidade de Vida |
| RPG | Reeducação Postural Global |
| TMAP | Treino Muscular do Assoalho Pélvico |

ABREVIATURAS

| | |
|-------------|--------|
| n. | Número |
| p. | Página |
| Vol. | Volume |

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------|-------------|
| RESUMO | I |
| ABSTRACT | II |
| AGRADECIMENTOS | III |
| SIGLAS E ACRÓNIMOS | IV |
| ABREVIATURAS | IV |
| ÍNDICE | V |
| ÍNDICE DE QUADROS | VII |
| ÍNDICE DE FIGURAS | VIII |
| INTRODUÇÃO | 9 |

CAPÍTULO I

| | |
|--|----|
| DA ANATOMIA ÀS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO E AS SUAS IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES | 12 |
| 1.1 ANATOMIA E FISILOGIA | 13 |
| 1.2 INCONTINÊNCIA URINÁRIA | 14 |
| 1.3 PROLAPSO DOS ÓRGÃO PÉLVICOS | 19 |
| 1.4 IMPLICAÇÕES E IMPACTO DA DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO NA QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES | 21 |

CAPÍTULO II

| | |
|--|----|
| O TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO | 24 |
| 2.1 TRATAMENTO CONSERVADOR | 25 |
| 2.2 TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS | 28 |
| 2.3 DISPOSITIVOS EXTERNOS | 33 |
| 2.4 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO, ELETROESTIMULAÇÃO ELÉTRICA OU MAGNÉTICA E TERAPIAS ALTERNATIVAS | 34 |
| 2.5 TRATAMENTO CIRÚRGICO | 36 |

CAPÍTULO III

| | |
|---|----|
| A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NO TRATAMENTO NAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO | 38 |
|---|----|

CAPÍTULO IV

| | |
|----------------------------|----|
| OPÇÕES METODOLÓGICAS | 46 |
|----------------------------|----|

| | | |
|---|---|-----------|
| 4.1 | FINALIDADES E OBJETIVOS | 47 |
| 4.2 | TIPO DE ESTUDO..... | 49 |
| 4.3 | CONTEXTO E PARTICIPANTES DO ESTUDO..... | 50 |
| 4.4 | INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS | 51 |
| 4.5 | TRATAMENTO DE DADOS..... | 52 |
| 4.6 | ASPETOS ÉTICOS | 54 |
| CAPÍTULO V | | |
| | APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... | 56 |
| CONCLUSÕES | | 76 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | | 79 |
| ANEXOS | | |
| ANEXO 1 | | |
| | PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA..... | 87 |
| APÊNDICES | | |
| APÊNDICE 1 | | |
| | GUIÃO DE ENTREVISTA..... | 90 |
| APÊNDICE 2 | | |
| | INFORMAÇÃO PARA AS PARTICIPANTES DO ESTUDO..... | 92 |
| APÊNDICE 3 | | |
| | DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO | 94 |
| APÊNDICE 4 | | |
| | MATRIZ DE ANÁLISE DOS DADOS | 96 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|---|----|
| QUADRO 1: CARATERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES..... | 51 |
| QUADRO 2: MATRIZ SÍNTESE DE ANÁLISE | 57 |
| QUADRO 3: DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO | 58 |
| QUADRO 4 : IMPLICAÇÕES DAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO NA VIDA DAS MULHERES | 60 |
| QUADRO 5 : TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES | 64 |
| QUADRO 6: ATITUDE DAS MULHERES EM RELAÇÃO ÀS RESPOSTAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE | 70 |
| QUADRO 7: ASSISTÊNCIA DE SAÚDE NAS MULHERES COM DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO..... | 72 |

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: TEORIA DO DÉFICE DO AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM SEGUNDO ORDEM..... 40

FIGURA 2: ESQUEMA TRADUZIDO DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES: UMA TEORIA DE MÉDIO
ALCANCE..... 41

INTRODUÇÃO

Os músculos do assoalho pélvico são uma camada muscular que têm como principal função o auxílio no suporte dos órgãos pélvicos, a manutenção da continência urinária e fecal e ainda um importante papel na sexualidade feminina (Moreira e Arruda, 2010).

O risco de disfunções do assoalho pélvico como incontinência urinária e prolapso dos órgãos pélvicos, aumenta quando os músculos do assoalho pélvico perdem a sua integridade. Estudos mostram que a maioria das disfunções do assoalho pélvico está associada a sinais eletromiográficos e de desnervação da sua musculatura (Assis *et al.*, 2013). É estimado que em Portugal hajam 600.000 pessoas com Incontinência Urinária, numa relação de 3 mulheres para 1 homem, sendo as idades mais afetadas entre os 45 e 65 anos (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018; Fernandes *et.al*, 2015).

Ter perdas de urina, pode ser uma constante inibição na vida das mulheres, percebendo-se uma enorme renitência na procura de ajuda, muitas vezes pelo desconhecimento de que existem estratégias que podem melhorar ou mesmo resolver este distúrbio de saúde (Vasavada, Rackley, e Carmel, 2015).

Os prolapso dos órgãos pélvicos são um dos distúrbios com um enorme impacto na qualidade de vida da mulher. Entre as várias causas, destacamos o parto vaginal, o trabalho pesado ao longo da vida e a obesidade (Pinheiro, 2012; Jelovsek *et al.*, 2007).

Vários estudos sustentam que o treino dos músculos pélvicos é eficaz no tratamento da incontinência urinária, resultando na melhoria da qualidade de vida das mulheres incontinentes. Os resultados destes estudos evidenciam que o sucesso deste treino é mais eficaz quando acompanhado por um profissional, contrariamente a serem realizados apenas pela mulher (Lopes, 2016). Geralmente, o tratamento cirúrgico é o mais proposto às mulheres, não havendo uma sensibilização relativamente à prevenção das disfunções, nem ao tratamento com recurso a medidas de reforço e recuperação dos músculos do AP, o que nos leva a questionar a necessidade do envolvimento do enfermeiro especialista em reabilitação na prestação de cuidados de saúde às mulheres com risco ou alterações neste âmbito.

O enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação desenvolve a sua ação como prestador de cuidados à pessoa, mas também como educador da pessoa, família

e profissionais. Atua na prevenção e contribui para a melhoria da qualidade de vida da pessoa (Marques-Vieira e Sousa, 2016).

Relativamente ao assoalho pélvico e às consequências decorrentes da hipotonia da sua musculatura, e de acordo com os autores supracitados, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, deve centrar-se na conceção e implementação de programas de intervenção orientados para a correção/reeducação postural, tonificação da musculatura do pavimento pélvico e musculatura abdominal, assim como, de exercícios físicos específicos.

Decorrente da prática diária de cuidados, e na importância de basear a “praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Decreto-lei nº 122/2011, p.8649), a problemática deste estudo apresentou-se, numa lógica de que a sua implicação possa ser inquestionável, no bem-estar e qualidade de vida das mulheres a quem se prestam cuidados.

Este estudo advém da convicção de que poderemos contribuir para encontrar novas respostas, ou melhorar as já existentes através da investigação, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade de vida das mulheres com hipotonia do assoalho pélvico e suscitar nos profissionais de saúde a necessidade de desenvolvimento de competências na área da reabilitação. Tudo isto constitui uma inquietação para a investigadora, tornando desta forma, a investigação desta temática pertinente.

Neste contexto, surgiu a questão de investigação deste estudo – “Quais as necessidades em cuidados de enfermagem de reabilitação das mulheres com hipotonia do assoalho pélvico? “.

O estudo visa compreender as necessidades em cuidados de enfermagem de reabilitação nas mulheres com hipotonia do assoalho pélvico, de modo a contribuir para uma melhor intervenção neste processo e suscitar nos profissionais de saúde a necessidade de desenvolvimento de competências nesta área.

Tendo em consideração o objetivo, desenvolvemos um estudo de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, com 10 participantes e para o tratamento da informação, utilizamos o método de análise de conteúdo.

Este relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos. O primeiro capítulo integra o quadro de referências, que sustenta a problemática em estudo, à luz de bibliografia científica conceituada e estrutura-se essencialmente em quatro eixos: Anatomia e Fisiologia; Incontinência Urinária; Prolapso dos Órgãos Pélvicos e

Implicações e impacto das Disfunções do Assoalho Pélvico na Qualidade de Vida das Mulheres.

O segundo capítulo é relativo ao Tratamento das Disfunções do assoalho Pélvico que se constitui em dois eixos: Tratamento conservador e Tratamento cirúrgico. No terceiro capítulo aborda-se a Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no tratamento das disfunções do assoalho pélvico.

O quarto capítulo destina-se à apresentação do percurso metodológico, identificando a finalidade, os objetivos, o tipo de estudo, o contexto e participantes do estudo, instrumento de recolha de dados e tratamento de dados, assim como as considerações éticas subjacentes.

No quinto capítulo fazemos a apresentação, análise e discussão dos resultados e por fim apresentamos as principais conclusões do estudo.

CAPÍTULO I

DA ANATOMIA ÀS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO E AS SUAS IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES

Neste primeiro capítulo inicia-se o quadro conceptual do estudo e que se centra nos eixos estruturantes, anatomia e fisiologia; incontinência urinária; prolapso dos órgãos pélvicos e as implicações e impacto da disfunção do assoalho pélvico na qualidade de vida das mulheres.

1.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA

O assoalho pélvico (AP) é uma estrutura complexa composta por camadas musculares e fáscias. Na mulher esta estrutura sustenta três compartimentos anatómicos importantes: o anterior ou uretral que inclui a bexiga e a uretra, o medial ou genital que envolve a vagina, cérvix e útero e o posterior ou anorretal onde estão localizados o reto e o ânus (Lalwani *et al.*, 2013).

Os músculos do assoalho pélvico (MAP) são formados por 70% de fibras do tipo I (contração lenta), e 30% de fibras do tipo II (contração rápida). As fibras do tipo I são resistentes à fadiga e as do tipo II são pouco resistentes, mas produzem uma grande força na contração (Nolasco, 2017).

No suporte do AP, destacam-se as fáscias pélvicas, o diafragma pélvico e o diafragma urogenital. O conjunto dos músculos coccígeos e elevadores do ânus são chamados de diafragma pélvico (Moreira *et al.*, 2007). O diafragma urogenital, ou espaço perineal profundo, é representado pelo músculo transverso profundo do períneo (Bezerra *et al.*, 2001). O músculo elevador do ânus divide-se em 3 feixes pubo coccígeo, pubo retal e ílio coccígeo. Tem como função manter o tônus muscular por períodos prolongados e em situações em que há o aumento da pressão intra-abdominal (Lacerda, 1999).

Standring (2010), comenta que os músculos superficiais do períneo correspondem às fibras dos músculos bulboesponjoso, isquiocavernoso e transverso superficial do períneo, que ajudam na função sexual do AP. Estes músculos assumem então um importante papel na sexualidade feminina. No entanto durante o climatério ocorrem várias modificações a nível vasomotor. Nesta fase o AP sofre um processo de atrofia musculoapronevrótica, e se existirem lesões obstétricas prévias, pode ocorrer o prolapso dos órgãos pélvicos (POP) ou a incontinência urinária (IU) (Moreira e Arruda, 2010).

Segundo Redol e Rocha, (2017) e Gray e Moore, (2012), no colo vesical encontramos, o vértice inferior constituído pelas fibras musculares adjacentes, que formam o esfíncter interno responsável pelo controlo involuntário da micção, e a uretra posterior que

atravessa um conjunto de fibras musculares perineais que formam o esfíncter externo responsável pelo controlo voluntário da micção.

Os músculos do pavimento pélvico, suportam a bexiga e a uretra, que são igualmente estruturas do aparelho urinário inferior fulcrais para a manutenção da continência urinária (Redol e Rocha, 2017; Gray e Moore, 2012).

Para haver continência, os músculos do pavimento pélvico têm de manter os órgãos nas suas posições anatómicas, permitindo que o colo vesical fique numa localização intra-abdominal (Pinheiro, 2012).

Toda a fisiopatologia da incontinência urinária e pélvica dependem da interação, integridade e equilíbrio dos órgãos, músculos, fáscias, ligamentos, vasos e nervos que compõe a bacia pélvica. Os fatores que levam ao desequilíbrio postural são, a ação da gravidade, gravidez, parto, atividades profissionais, hábitos de vida diários, atividades desportivas, obesidade, entre outros. As alterações posturais levam a uma necessidade de adaptação aos novos equilíbrios, que permite realizar as atividades, mas que podem conduzir a lesões (Fozzatti e Herrmann, 2009).

A não adaptação a estes novos equilíbrios leva a um distúrbio funcional e a adaptação inadequada leva a um distúrbio estrutural. As lesões nos ligamentos e/ou fáscias podem levar à perda de mobilidade fisiológica causada por hiper mobilidade e/ou aderências. Para que o processo de continência ocorra sem distúrbios é necessário a transmissão adequada da pressão abdominal e a integridade anatómica funcional da uretra e a integridade das estruturas que sustentam o colo vesical e o AP (ibidem).

Em síntese, as alterações e perda de tonicidade dos músculos do assoalho pélvico pode ter múltiplas implicações estruturais e funcionais, afetando a nível social, a nível físico e a nível psicológico as mulheres. São diversos os fatores, que vão desde o desequilíbrio postural, à gravidez, às atividades e hábitos de vida diários, que levam à hipotonia dos músculos pélvicos, levando à aparição de várias disfunções do assoalho pélvico sendo as mais frequentes as incontinências urinárias e o prolapso dos órgãos pélvicos.

1.2 INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A incontinência urinária é caracterizada pela incapacidade de armazenar e controlar a saída da urina, conduzindo a perdas urinárias involuntárias. É um sintoma que tem um impacto social, económico, com implicações na qualidade de vida (QV) das

mulheres, atingindo a nível físico, sexual, psíquico e emocional (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018). Classifica-se quanto ao registo de sintomas, sinais e a condição em que ocorre.

No contexto do aumento da esperança de vida, a IU é considerada uma síndrome geriátrica do século XXI. Os sintomas da IU são considerados erróneos pela população porque associam-na a uma consequência natural da idade, em que não existe tratamento eficaz (Botelho, Silva e Cruz, 2007).

A Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2018), refere que se estima que existam 600.000 pessoas em Portugal com IU, com idades entre os 45 e 65 anos, sendo que os casos estão numa proporção de 3 mulheres para 1 homem. Só cerca de 10% da população faz tratamento farmacológico. (Fernandes *et.al*, 2015).

É uma afeção predominante do sexo feminino e aumenta com a idade, devido às modificações próprias da idade a nível estrutural e funcional (Melo *et al.*, 2017).

O facto de não ser considerada uma patologia principal, é abordada como um sintoma de outras patologias, nomeadamente POP, neoplasias ou doença neurológica (Vasavada, Rackley, e Carmel, 2015).

Ter perdas de urina é uma condição inibidora na vida das mulheres, mas ainda perdura a renitência na procura de ajuda, muitas vezes pelo desconhecimento de que existem estratégias que podem melhorar ou mesmo de eliminar esta situação (Vasavada, Rackley, e Carmel, 2015). A IU é ainda um estigma nas populações, o que leva a uma baixa taxa de procura para a resolução deste problema tornando difícil a obtenção de dados epidemiológicos consistentes.

Num estudo de Langoni [*et al.*] (2014), as mulheres com IU apresentam valores de função muscular do assoalho pélvico, consideravelmente mais baixos do que as continentas, medidas obtidas por perímetros e por palpação digital. Souza [*et al.*] (2009) também estudou a função dos músculos do assoalho pélvico (MAP), em mulheres continentas e incontinentes com idades semelhantes ao do estudo anterior e obteve resultados semelhantes. Mulheres com IU tem metade dos valores de função dos MAP.

A IU é uma condição incapacitante e com graves implicações sociais. É fundamental na prática clínica, haver uma abordagem funcional e comportamental como princípio, pois o controlo neural do trato urinário difere da maior parte das vísceras, reguladas exclusivamente por reflexos involuntários. A micção depende de múltiplos sistemas neuronais modulados por centros superiores e influenciados por aprendizagem e experiência. O que torna a avaliação desta função mais complexa é o

facto de ser um sistema com controlo motor voluntário tendo tanto de reflexo como aprendido. Assim a sua abordagem deve ser sempre multifatorial e funcional (Coelho e Vilaça, 2009).

Os distúrbios das micções nas mulheres incluindo a IU, estão relacionados com alterações funcionais da bexiga e/ou uretra não sendo considerada uma doença, mas sim um sinal ou sintoma. A IU pode ocorrer dependendo de diversos fatores como a disfunção dos músculos do assoalho pélvico, distúrbios da enervação, anormalidades das estruturas conectivas que sustentam e estabilizam as vísceras na cavidade abdominal e alterações posturais que afetam o equilíbrio da bacia podendo prejudicar o processo de continência (Fozzatti e Herrmann. ,2009).

Existem três tipos de incontinência urinária: a Incontinência Urinária de Esforço (IUE), a Incontinência Urinária de Urgência (IUU) e a Incontinência Urinaria Mista (IUM) (Abrams *et al.*, 2019).

Mascarenhas (2011), afirma que existem vários estudos, baseados em questionários, que tentam avaliar, a proporção relativa de diferentes tipos de IU na população em geral. Refere que a IUE representa 49%, a IUU e a IUM 22 a 29% respetivamente.

A IUE, representa a queixa mais comum. Pode ocorrer por hiper mobilidade da uretra, determinada por compromisso dos elementos de sustentação pélvica, comprometendo o mecanismo de transmissão de pressão. Este tipo de IU pode ser associada a desequilíbrios posturais da bacia pélvica (Fozzatti e Herrmann, 2009).

A esta afeção são atribuídos dois fatores major, nomeadamente, o POP e incompetência intrínseca do esfíncter por danificação das estruturas que vedam a passagem de líquido (Gray e Moore, 2012).

A IUE é caracterizada por uma perda involuntária de urina que pode ocorrer durante o riso, um espirro e esforço físico, devido à pressão abdominal que é efetuada (Ferreira e Santos, 2011). Segundo as mesmas autoras, a revisão da literatura tem demonstrado que os exercícios do pavimento pélvico são eficientes na redução das incontinências.

A IUU caracteriza-se por perda de urina acompanhada ou imediatamente precedida pela urgência (Pinheiro, 2012). Ocorre então, uma perda involuntária de urina juntamente com um desejo súbito e imperioso de urinar (Saboia *et al.*, 2017; Azevedo *et al.*, 2013).

Os fatores de risco para este tipo de condição de IU estão relacionados com défices na mobilidade ou destreza condicionada e dificuldades cognitivas (Gray e Moore, 2012).

A IUM envolve a IUE e a IUU. Apesar de não haver factos fundamentados na fisiopatologia, existem hipóteses sobre uma relação entre os fatores que condicionam as anteriores, ou seja, uma incompetência do esfíncter e uma hiperatividade do detrusor. Esta associação é descrita pela pessoa durante a avaliação da situação quando refere que, para além de ter perdas de urina involuntárias ao esforço, apresenta momentos de urgência urinária (Gray e Moore, 2012). O aumento da pressão intra-abdominal que ocorre durante a atividade de esforço pode causar a descida da junção uretrovesical e também estimular a contração do detrusor (Mascarenhas, 2011).

De acordo com o estudo de Saboia [et al.] (2017) onde participaram 556 mulheres, a IUM foi a mais prevalente com 62,6% seguida da IUE com 31,1%. Os mesmos autores, descrevem também um inquérito norueguês onde se verificou que a IUE é mais prevalente em mulheres mais jovens e a IUM aparece mais em mulheres mais velhas.

A IU tem sido apontada como uma sequela decorrente da gravidez e/ou do parto. Após o parto tem sido referida taxas que variam entre 0,7 a 34%. Mascarenhas (2011), citando Viktrump [et al.] refere que a prevalência da IUE aumenta de 7% nos três meses pós-parto a 30-42% dos cinco aos doze anos seguintes.

A gravidez é um dos principais fatores de risco que leva à incontinência, as mulheres que apresentam IU após os três meses do primeiro parto têm um risco muito elevado e persistência dos sintomas cinco anos mais tarde. Desta forma, a IUE pós-natal não é um estado passageiro e pode se tornar um problema de alto risco e crónico (Mascarenhas, 2011).

Hoje em dia pode-se considerar que a IU tem diversas causas na sua origem. Os estudos epidemiológicos já identificaram alguns desses fatores de risco. Durante a 3º e 4º *International Consultation on Incontinence*, vários autores referidos por Mascarenhas (2011), apontam como principais fatores:

- Fatores intrínsecos: raça, história familiar, anormalidades anatómicas e neurológicas.
- Fatores obstétricos/ginecológicos: gravidez, parto, paridade, efeitos colaterais da cirurgia pélvica e radioterapia, cirurgia de correção de POP.
- Fatores potenciadores: idade, co-morbilidades, obesidade, condições que aumentam a pressão intra-abdominal, obstipação, atividades

ocupacionais e recreativas, doenças pulmonares, fumar, infecções do trato urinário, menopausa, deficiência cognitiva e medicamentos (Mascarenhas, 2011).

Fozzatti e Herrmann (2009), ainda referem a paridade, a idade, o peso do recém-nascido, a menopausa, a obesidade e atividades físicas de alto impacto, como fatores predisponentes.

É comumente aceito que a gravidez e o parto normal/vaginal são os principais fatores de risco da IU, mas a força desta associação diminui bastante com o passar da idade (ibidem). IU é considerada um fator de risco para a mortalidade, hospitalização, quedas, fraturas e declínio funcional (Goepel *et al.*, 2016 in Reis 2016).

É sabido que o parto vaginal é um dos fatores de risco para a desnervação dos MAP. Vários estudos comprovam que a maioria das disfunções do AP, incluindo a IU estão associadas a sinais eletromiográficos de desnervação da musculatura do AP (Saboia *et al.* 2018).

No estudo de Saboia [*et al.*] (2017), é feita uma comparação com outros estudos onde é possível aferir que existe um desenvolvimento de IU derivado ao parto vaginal para o dobro na IUE e um risco de 3% para a IUU. Contudo, outros estudos referidos por estes autores apresentam uma associação menos significativa de IUU e IUM com o parto vaginal.

Mascarenhas (2011) refere que, algumas doenças como a Diabetes Mellitus, a hipertensão arterial, mais prevalentes na meia idade, têm sido relacionadas com as IU, como fatores de risco. A IUM é apontada em muitos estudos como mais prevalente especialmente nas mulheres que espontaneamente procuram assistência médica específica para os problemas urinários, embora outros estudos apontem a IUE como mais prevalente. Estes diferentes resultados estão relacionados com as variações nas características das populações incluídas nos estudos assim como a forma de diagnóstico da IU.

As mulheres com IU devem ser sujeitas a uma avaliação que inclui testes e exames que comprovem esta patologia e que descartem outros problemas como infecções urinárias, fístulas, divertículos uretrais, perturbações neuromusculares e defeitos do pavimento pélvico, todos associados à IU (Mascarenhas, 2011).

As disfunções decorrentes da hipotonia dos músculos do assoalho pélvico não se limitam à incontinência urinária, podendo ocorrer prolapsos dos órgãos pélvicos.

1.3 PROLAPSO DOS ÓRGÃO PÉLVICOS

O Prolapso dos Órgãos Pélvicos, inclui o prolapso urogenital e o retal. Mascarenhas (2011), refere o prolapso urogenital como consequência de um relaxamento das estruturas de suporte do pavimento pélvico, resultando uma protusão dos órgãos pélvicos na vagina ou ultrapassando o anel himenial para o exterior. A mesma autora considerou, também que, de acordo com a terminologia atual da disfunção do pavimento pélvico feminino, há uma descida de um ou mais compartimentos. Com a descida da parede vaginal anterior, aparece o cistocelo central, paravaginal ou de combinação. Com a descida da parede vaginal posterior, o retocelo, podendo também haver descida do útero ou cúpula vaginal, após histerectomia.

No POP, a vagina e os órgãos adjacentes como a bexiga, intestino e útero, saem da sua posição normal por hipotonia dos tecidos de suporte e provocam a sensação de peso ou “corpo estranho” na vagina (Borges, 2019).

O POP é um distúrbio com grande potencial de impacto na qualidade de vida, em que a frequência dos seus sintomas está associada a uma diminuição desta.

Estão descritos diversos fatores de risco, onde se inclui a gravidez, a menopausa, a obesidade e o trabalho pesado ao longo da vida, sendo que o parto vaginal, parece ser o com maior impacto negativo. Este efeito parece verificar-se para o primeiro parto vaginal, não se verificando o mesmo para partos vaginais posteriores. Para a progressão do POP, parece existir a mesma relação, com uma probabilidade 3 vezes maior de evolução no primeiro parto vaginal, mas sem progressão significativa nos partos posteriores (Pinheiro, 2012). Entre as principais causas para esta patologia destacam-se o parto vaginal, o aumento da idade da mulher e o aumento do seu índice de massa corporal (Jelovsek *et al.*, 2007).

Os sintomas associados ao POP são: sensação de pressão, desconforto e dor vaginal, sintomas urinários ou intestinais, problemas nas relações sexuais por irritação dos tecidos vaginais e problemas psicológicos associados ao desconforto (Borges, 2019).

A cesariana parece não ter o mesmo efeito que o parto vaginal. Na literatura disponível, a cesariana parece ter uma ação protetora no desenvolvimento de POP, sendo que a sua ação parece ser mais evidente nas primíparas, comparativamente às múltiparas (Pinheiro, 2012).

O POP é mais comum em mulheres múltíparas podendo ocorrer em 50% das mulheres e nas nulíparas apenas 2% de acordo com vários autores referidos por Mascarenhas (2011).

Crê-se que cerca de 30 a 50% das mulheres correm o risco durante a sua vida, de vir a ter um prolapso genital, sendo que apenas 2% destas tornam –se sintomáticas (Mahran *et al.*, 2011).

O assoalho pélvico é mantido, quando normal, por uma interação entre o músculo elevador do ânus, a vagina, o tecido conjuntivo, bem como, do normal funcionamento dos nervos (Jelovsek *et al.*, 2007).

A escassez de literatura e a utilização de várias definições e classificações, tornam difícil a comparação de resultados. A avaliação da incidência do POP parece estar limitada a estudos sobre o tratamento cirúrgico deste distúrbio. Em relação à prevalência, apenas com recurso ao exame físico, nas mulheres com útero, conforme Pinheiro (2012) foram identificados 14,2% prolapso uterovaginais, 34,3% cistocelos e 18,6% rectocelos. Em mulheres histerectomizadas, 32,9% das mulheres apresentavam cistocelo e 18,3% rectocelo. Considerando apenas a sintomatologia, a prevalência pode variar, representado talvez pela falta de correlação entre os sintomas e o prolapso. O POP parece ser mais frequente no compartimento anterior, seguido do compartimento posterior e finalmente do médio. A maioria dos casos são considerados ligeiros a moderados (estadio 1 e 2).

As disfunções do pavimento pélvico parecem ter impacto na função sexual da mulher, com efeitos diferentes para cada distúrbio. O diagnóstico de base pode interferir com a frequência da atividade sexual, uma vez que está descrito um risco acrescido de inatividade sexual em mulheres com POP ou IUU, comparativamente com as com IUE ou IUM. Contudo, essa associação parece não existir quando se relaciona com a satisfação sexual, apesar da sintomatologia da disfunção do pavimento pélvico, nomeadamente o prolapso, poder afetar as relações sexuais (Pinheiro, 2012).

Em síntese, o prolapso é uma ocorrência frequente na vida das mulheres, muito associada ao parto vaginal, com implicações na qualidade de vida e vida sexual, e que podem ser minimizadas com o tratamento conservador.

1.4 IMPLICAÇÕES E IMPACTO DA DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO NA QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES

As evidências dos estudos sobre a QV é um processo crescente, está associado a vários domínios do conhecimento, onde se inclui, a saúde, a saúde pública, a psicologia, a sociologia, a economia e a política. Contudo ainda existe uma falta de consenso relativamente ao conceito. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a QV, define-se numa perspetiva cross-cultural, sendo descrita como uma perceção que o individuo tem sobre a sua posição na vida numa determinada cultura e sistema de valores, em relação aos seus objetivos, expectativas, metas e preocupações e/ou interesses. Este conceito enfatiza os recursos pessoais e sociais, assim como as capacidades físicas do individuo (Fernandes *et al.*, 2015).

Visto que a saúde é um domínio da QV, é importante considerar as implicações que as disfunções do assoalho pélvico (DAP) têm nas áreas psicológica, social, emocional, económica e física da vida das mulheres. As DAP podem afetar mulheres de qualquer idade, os fatores desencadeantes variam, sendo que há pouca evidência sobre os que afetam mulheres com POP (Fernandes *et al.*, 2015).

A disfunção do assoalho pélvico, tem um impacto devastador sobre a qualidade de vida das mulheres, das suas famílias e amigos, determinando limitações sobre estilos de vida, oportunidades de emprego e funcionamento social (Getliffe e Dolman, 2007). Muitas mulheres privam-se de convívios sociais e familiares devido às suas afeções urinárias e ginecológicas.

É um dos fatores que influencia mais a saúde mental, nomeadamente os estados depressivos e a ansiedade, o que pode remeter a afeções a nível psicossocial. Há também outros problemas psicológicos relacionados, como o constrangimento, o medo, a diminuição da autoestima, a vulnerabilidade, a vergonha e a paranoia (Avery e Stocks ,2016 e Avery *et.al*, 2013)

Segundo Abrams [*et al.*] (2019), o diagnostico correto da IU é importante no tratamento de mulheres com esta condição, assim como a determinação do seu efeito na QV. Um estudo de Azevedo [*et al.*] (2013) reforça que é muito importante a modificação dos estilos de vida nas mulheres com hipotonia do assoalho pélvico, assim como os programas de reabilitação, tendo como resultados uma melhoria das perdas urinárias e subsequentemente a melhoria na qualidade de vida.

Relativamente ao impacto da IU na atividade sexual, muitas mulheres referem que apresentavam dificuldades na relação sexual, seja por perda de urina, ou por medo

de interromper a atividade sexual para urinar, ou simplesmente por vergonha perante o companheiro. Além disso, a IU pode desencadear lesões nos órgãos genitais, dor e mal-estar, interferindo com a reposta sexual (Azevedo, 2004).

Saboia [et al.] (2017) referem conclusões idênticas relativamente à IU. Para os autores, apesar das diferentes metodologias e a grande variedade de questionários de avaliação, a IU pode afetar os diversos domínios da QV (saúde física, mental, sexual e social). Num estudo onde comparam mulheres continentes e incontinentes, verificaram pior perceção de QV nas incontinentes na mobilidade, nas atividades usuais, na dor/desconforto e na ansiedade/depressão. Ainda segundo os mesmos autores, referindo-se a estudos de outros autores, as mulheres com IUE são mais ansiosas quando comparadas às com IUU e IUM.

Para Fernandes [et al.] (2015), a incontinência urinária é uma disfunção sub-diagnosticada e sub-tratada, com um impacto devastador na qualidade de vida das mulheres. Os distúrbios do sono são frequentes e o impacto na QV é mais negativo nas mulheres com IUM em comparação com as mulheres de IUE. Cumulativamente, segundo os mesmos autores, crê-se que só cerca de uma em cada quatro mulheres procura ajuda de profissionais de saúde.

Zerati [et al.] (2009), referem um estudo epidemiológico dos sintomas urinários, envolvendo 19000 mulheres em cinco países. As conclusões realçam que os sintomas urinários são uma condição debilitante tanto no foro físico como psicológico e que metade das mulheres relata algumas limitações no estilo de vida como, evitar transportes públicos, evitar sair de casa e evitar as relações sexuais com o medo da perda de urina. Neste estudo foram também avaliadas as causas da demora na procura de ajuda especializada, que se deve, a imaginarem que os sintomas fossem normais, receavam precisar de alguma cirurgia, sentiam-se intimidadas por falar do assunto com um profissional e a maior parte esperava que os sintomas passassem. Estas demoras levaram entre 5 ou mais anos na procura de ajuda.

Esta problemática tem sido muito negligenciada tanto pelas mulheres, como pelos profissionais, por desconhecimento ou por falta de sensibilidade, acabando por não valorizar a sua magnitude e impacto na QV. Assistimos, muitas vezes, a uma certa relutância na abordagem deste assunto, e na procura de ajuda, o que leva ao isolamento social e familiar (Fernandes, et al. 2015). Conforme a mesma autora, as mulheres com IU ficam grandemente afetadas pela sua condição física e tendem a limitar as suas atividades de âmbito social, não tendo consciencialização de que se trata de uma

patologia, de um modo geral, tratável, sendo que no seu imaginário, esta situação está muitas vezes associada ao envelhecimento.

Nas mulheres com POP o impacto na qualidade de vida, os seus anseios e expectativas em relação ao tratamento, não devem ser negligenciados. Tanto o tratamento conservador quanto o cirúrgico devem ser oferecidos, não sendo recomendado este último a mulheres assintomáticas (Horst e Silva, 2016).

Para Pinheiro (2012), observa-se diminuição da qualidade de vida nas mulheres com IU, comparativamente a mulheres sem IU, não se verificando diferenças significativas quanto ao tipo de incontinência (IUE e IUU ou IUM) ou entre diferentes categorias de gravidade. No entanto, segundo o mesmo autor, em outros estudos, foi demonstrado que, a qualidade de vida é pior em mulheres com incontinência urinária mista e quando o tempo de queixa excede um ano ou quando as mulheres utilizavam absorventes. Isto leva-nos a concluir que uma diminuição da qualidade de vida estará relacionada à maior gravidade dos parâmetros clínicos.

A reabilitação do AP tem como principal objetivo o fortalecimento dos MAP (Mascarenhas, 2011). O planeamento de ações em saúde, deve levar a desenvolver medidas de prevenção das principais causas etiológicas de uma determinada disfunção ou doença, como da IU, porque isso pode influenciar a QV (Langoni *et al.*, 2014). Segundo Mascarenhas (2011), o tratamento/reabilitação é eficaz na redução da IU e melhora a função dos MAP, e consequentemente a QV das mulheres e podem ser facilmente utilizados intervenções ao nível da Promoção da Saúde e Prevenção da doença.

Em suma, a qualidade de vida das mulheres é fortemente afetada pelas DAP, tanto a nível físico, como emocional, psicológico, económico e sexual. É importante o conhecimento dos fatores que desencadeiam estas disfunções, para um tratamento eficaz e atempado. O tratamento das DAP, é eficaz e permite a redução e evicção destas, levando a uma melhoria da QV das mulheres.

CAPÍTULO II

O TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO

Neste capítulo dá-se continuidade ao quadro conceptual do estudo que tem como eixo estruturante o tratamento das disfunções assoalho pélvico.

Os tratamentos da hipotonia do assoalho pélvico (HAP), podem ser variados, desde os tratamentos conservadores aos tratamentos não conservadores. A reabilitação do AP, tem como principal objetivo, prevenir e/ou minimizar a hipotonia e retardar a necessidade de cirurgia, melhorando a qualidade de vida das mulheres.

2.1 TRATAMENTO CONSERVADOR

A intervenção ao nível do assoalho pélvico pode ocorrer aos três níveis de prevenção, envolvendo uma diversidade de medidas. Na prevenção primária, incluem-se medidas mais conservadoras como os exercícios de fortalecimento dos músculos pélvicos, na prevenção secundária, a mais invasiva, a cirurgia e na terciária a reabilitação pós-cirurgia ou mesmo a vivência com a IU e o POP.

De acordo com o Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2018), Mascarenhas (2011), Coelho e Vilaça (2009) e Zerati [*et al.*] (2009), o tratamento conservador engloba toda a abordagem não cirúrgica ou farmacológica, de baixo custo. É um tratamento não invasivo com poucos efeitos adversos, orientado por um profissional de saúde e dependente da participação das mulheres. De entre as intervenções consideradas eficazes no tratamento e prevenção da hipotonia do assoalho pélvico referem as seguintes:

- Alterações de estilos de vida: Ingestão de líquidos, controlo do peso, controlo alimentar (caféina, álcool, outros elementos dietéticos), cessação tabágica, exercício físico e controlo da obstipação;
- Reabilitação: Exercícios dos músculos do assoalho pélvico, *Biofeedback*, exercícios de agachamento e exercícios de *Keegel*; reeducação postural e exercícios hipopressivos;
- Estimulação elétrica, estimulação neuro tibial posterior, estimulação magnética extracorporal;
- Treino vesical: exercício do impulso inferior invertido, micção por horário;
- Dispositivos anti incontinência;
- Estrogénios tópicos;
- Produtos de prevenção ou contenção urinária: Pessários, Cones vaginais

- Medidas alternativas ou complementares, Terapias complementares: acupuntura.

Existem estudos que comprovam que os Programas de Treino dos músculos pélvicos (TMAP), realizados tanto no pós-parto imediato como no tardio, têm resultados no aumento significativo da força muscular e consequentemente na prevenção da IU (Mascarenhas, 2011).

Os programas dos MAP, podem ser variados. Os exercícios podem envolver contrações isométricas e isotônicas em que a mulher mantém a posição durante seis segundos em séries de dez repetições. Estes programas consistem em variados exercícios como os movimentos de abdução e adução, na posição tanto de sentada como em decúbito dorsal fazendo contração dos MAP (Knorst *et al.*, 2013).

É necessário adaptar os programas de exercício, às atividades de vida das mulheres de forma a haver uma maior adesão. A sensibilização e motivação para a sua realização pode passar por lembretes telefônicos ou visuais e explicações sobre o funcionamento dos MAP, sendo fundamental para o seu sucesso. Os programas com mais repetições em séries, com mais contrações e maior tempo de sustentação, são os mais indicados (Saboia *et al.*, 2018).

O tratamento conservador tem sido considerado a primeira opção. Atualmente, preconiza-se uma associação de um plano de exercícios de treino dos músculos pélvicos, treino da bexiga, electroestimulação, cones vaginais e *biofeedback*. Num estudo de revisão sistemática é evidenciado que o TMAP, é eficaz no tratamento da incontinência urinária e que por isso devem ser considerados a primeira linha de tratamento (Lopes, 2016).

A IU tem uma prevalência aumentada em mulheres jovens após o parto, por isso tem suscitado interesse intervenções durante o pós-parto para manter a eficácia da continência (Morkved e Bo, 2000).

Os programas de promoção da saúde têm como objetivo fornecer informação e educação às mulheres com o intuito de as capacitar a tomarem decisões positivas relativamente aos seus hábitos de vida diários assim como estratégias para alcançar bons resultados (Kaestener *et al.*, 2016). Segundo um estudo de Assis (2013), as mulheres que praticaram exercícios acompanhadas por um profissional apresentaram um aumento da função dos músculos do assoalho pélvico e desta forma uma diminuição de ocorrência de incontinência urinária.

Vários estudos como os de Saboia, *et al.* (2018), Mascarenhas (2011), Seleme [*et al.*] (2014) e Fozzatie e Hermann (2009), referem que, as intervenções na reabilitação do AP, tem efeitos tanto no pós-parto imediato como no tardio e resulta de um aumento da força muscular dos MAP.

Foi demonstrado por diversos autores e estudos que se houver prevenção primária da hipotonia do assoalho pélvico é possível diminuir a incidência de casos de IU sem recorrer a métodos invasivos (Mascarenhas, 2011).

Zerati [*et al.*] (2009), abordaram os vários tratamentos conservadores que tem como finalidade o reforço dos MAP, referindo que as técnicas não invasivas têm utilidade na manutenção dos sintomas urinários a nível primário, sendo indicados em mulheres com sintomas leves a moderados, que desejem evitar a cirurgia ou apresentem contra-indicações a tratamento invasivos.

Num outro estudo levado a cabo por Azevedo [*et al.*] (2013), que foi realizado com 89 mulheres com idades entre os 37 e 75 anos, foi realizado um programa de reabilitação que englobava mudanças no estilo de vida, perda de peso, exercícios como os de *Kegel* e de automatismo que a mulher efetuava em casa e em alguns casos fármacos adjuvantes. O programa de reeducação dos MAP incluía: a consciencialização dos MAP; electroestimulação, reforço muscular manual e exercícios dos MAP supervisionados e com *biofeedback*. Neste estudo após 22 sessões de tratamento, 45 consideraram-se curadas, 20 melhoradas e 19 iguais. Também foi detetado uma redução dos sintomas e melhoria na QV.

Por isto se torna tão premente a prevenção primária, a intervenção precoce, no tratamento da hipotonia do assoalho pélvico de forma a evitar as disfunções associadas.

Os tratamentos conservadores, por serem simples e mais acessíveis financeiramente além do baixo risco de efeitos adversos, não trazem prejuízo para os tratamentos posteriores e são uma alternativa viável para as formas de tratamento invasivas/não conservadoras. As terapias físicas para terem sucesso dependem das alterações do estilo de vida, sendo essencial a adesão às condutas propostas pelos profissionais (Zerati *et al.*, 2009).

Para Mascarenhas (2011) as mulheres mais indicadas para este tipo de tratamento são as que apresentam IUE, que aguardam cirurgia ou as que apresentam sintomas ligeiros que não justifiquem a cirurgia, ou que, tenham contra-indicação cirúrgica, bexiga hiperativa ou IUM. Assinala, no entanto, a falta de estudos randomizados que confirmem a eficácia desta opção terapêutica. (Mascarenhas, 2011).

Para as mulheres que não querem, ou têm alguma contraindicação para cirurgia, devem ser fornecidos tratamentos alternativos. Para Horst e Silva (2016), a reabilitação uroginecológica tem ganho terreno no que concerne ao tratamento efetivo das incontinências, mas nos prolapso dos órgãos pélvicos, ainda necessita de estudos mais consistentes. Num estudo referido por estes autores, que aborda a reabilitação uroginecológica em mulheres com sintomas de prolapso de órgãos pélvicos, verificou-se uma melhoria dos sintomas quando comparadas com o grupo de controlo e com mudanças nos hábitos de vida.

Em síntese, o tratamento conservador é seguro e não tem implicações em outras opções terapêuticas posteriores, havendo grande variedade de técnicas, dando-se ênfase aquelas que diversos autores consideram mais eficazes no tratamento da HAP.

2.2 TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS

No que respeita às técnicas comportamentais, estas englobam um conjunto de estratégias que a pessoa pode introduzir na sua rotina de vida diária, com vista à melhoria ou alívio dos sintomas relacionados com a disfunção do AP. Inclui um conjunto diversificado de intervenções no âmbito da promoção da saúde onde se inclui hábitos de eliminação vesical, a alteração de estilo de vida (alimentação adequada, perda de peso, exercício físico e cessação tabágica), programas de reabilitação perineoesfincteriana, onde se inclui o treino vesical e reeducação dos músculos do pavimento pélvico (Newman e Wein, 2009).

As técnicas comportamentais iniciam-se numa abordagem passiva e, progressivamente, numa abordagem mais ativa, onde a participação da mulher se torna mais interveniente. Este tipo de estratégia de tratamento conservador, inclui exercício físico localizado, cones vaginais, *biofeedback*, eletroterapia e reeducação neuromuscular, nomeadamente a reeducação postural global (RPG). Estas estratégias têm contribuído de forma satisfatória na melhoria dos sintomas de IU em cerca de 85% (Rocha e Redol, 2017; Gray e Moore, 2012; Branco, 2009)

O treino vesical visa a modificação comportamental, com o intuito de a mulher ganhar controlo vesical, ensinando-a a resistir e definir o desejo miccional. Consiste em disponibilizar às mulheres informação sobre o regime miccional e um calendário miccional com intervalos (Mascarenhas, 2011).

No treino vesical, as mulheres são treinadas a, gradualmente aumentar o intervalo entre o desejo miccional e o esvaziamento. É recomendada na IUE e IUM. Alguns autores referem, que o treino vesical proporciona o aumento da inibição cortical sobre as contrações detrusoras involuntárias, melhora a facilitação cortical no fechamento uretral durante a fase de enchimento vesical, e melhora a modulação central dos impulsos aferentes sensoriais (Zerati *et al*, 2009).

Existe evidência científica quanto à efetividade do treino vesical, no aumento dos intervalos das micções, na diminuição das perdas urinárias e na quantidade de urina perdida, além de melhorar a qualidade de vida. Não existem efeitos adversos descritos, e para melhor efetividade, é indicado para mulheres saudáveis e com a capacidade cognitiva preservada e altamente motivados (ibidem).

O treino vesical auxiliado com a diminuição da ingestão de líquidos, pretende a separação da percepção da necessidade de urinar, do ato de urinar, o que leva ao restabelecimento do controlo cortical sobre a bexiga. Envolve o suprimimento da urgência miccional, através da micção temporizada (micção induzida voluntariamente, com horários definidos e intervalos) e aumento da capacidade funcional da bexiga, através da micção diferida (situação em que a mulher tenta reter o máximo tempo possível após ter desejo miccional retardando esse momento, usando técnicas de distração ou relaxamento) (Rocha e Redol, 2017; Gray e Moore, 2012; Branco, 2009).

Quando se efetua a anamnese é necessário dar atenção aos hábitos sobre a ingestão líquida, Zerati [*et al.*], (2009), com base em alguns estudos, referem efeitos da redução da ingestão líquida na melhoria dos sintomas da IU.

O controlo do peso está também relacionado com a melhoria das DAP, havendo uma associação entre obesidade e IU. Alguns dos estudos revistos pelos autores supracitados, referem que há maior prevalência de IU em mulheres com índice de massa corporal mais elevado e correlação com a intensidade das perdas. Desta forma, um programa de redução de peso, poderá ter efeitos na redução das perdas de urina (ibidem).

O controlo alimentar é outras das medidas, nomeadamente o consumo de cafeína, de álcool e de produtos dietéticos.

Relativamente à cafeína, Zerati [*et al.*], (2009) referem que, em vários estudos, a redução do seu consumo resulta na redução dos episódios diários de perda involuntária de urina. O álcool também se considera relevante para o aumento da perda de urina, tanto pelo seu efeito diurético, como pela irritação direta da mucosa vesical.

Os Programas de Reabilitação dos músculos do assoalho pélvico têm preconizadas estratégias que promovem a continência, como o relaxamento e a distração, o autocontrole e o reforço positivo. Durante estes programas, é importante aumentar progressivamente os intervalos entre esvaziamentos, de forma a reeducar a bexiga à continência adequada, tendo em conta as expectativas e condição da mulher. A reeducação dos músculos do pavimento pélvico tem por objetivo, aumentar o controlo sobre os músculos do pavimento pélvico, melhorar a força e a função muscular, promovendo desta forma, a continência vesical por aumento da resistência da uretra e de suporte das estruturas pélvicas adjacentes (Rocha e Redol, 2017; Gray e Moore, 2012; Branco, 2009).

Segundo a *4th International Consultation on Incontinence* (Abrams *et al.*, 2019) os exercícios para o TMAP constituem:

- Tratamento conservador de primeira linha para as mulheres com IUE, IUU e IUM.
- Prevenção pré-natal da IU no pós-parto.
- Tratamento conservador de primeira linha para as mulheres com IU persistente, 3 meses após o parto.

Os exercícios podem ser feitos individualmente ou associados ao *biofeedback*, estimulação elétrica ou pesos vaginais. As mulheres devem ser instruídas corretamente a executar a contração dos MAP, assim como cumprir os programas estabelecidos. A taxa de sucesso na cura ou melhoria a curto prazo situa-se entre 65-75% em mulheres com IUE, verificando-se também na IUU, diminuindo os resultados a longo prazo, (Mascarenhas, 2011).

De acordo com Zerati [*et al.*] (2009), os treinos dos músculos do assoalho pélvico, são fáceis de realizar, não requerem equipamentos específicos e não apresentam efeitos adversos significativos, necessitando de ser realizados segundo os princípios da fisiologia do exercício relacionado com a sua frequência, intensidade e duração, de modo a obter efetividade. A duração aconselhada dos programas de TMAP é de 3 a 6 meses, com integração na vida diária das mulheres.

Os TMAP consistem em exercícios para melhoria da força, endurance, resistência, relaxamento ou uma combinação de vários destes parâmetros, estando muito dependentes da adesão da mulher durante e após os tratamentos. Um dos protocolos descritos consiste em realizar 3 séries de 8 a 12 contrações de 8 a 10 segundos cada, 3 vezes por dia, durante pelo menos 15 a 20 semanas. A contração correta da musculatura pélvica é essencial (podendo ser avaliada no exame

ginecológico), pelo que as mulheres que apresentem dificuldades na sua execução devem ser propostas para TMAP supervisionados ou associados a *biofeedback*, a estimulação elétrica ou a cones vaginais. Nas disfunções de insuficiência muscular dos elevadores do ânus, o grande objetivo do exercício é conseguir que o pavimento pélvico fique numa posição permanentemente mais elevada, por forma a responder adequada e rapidamente ao aumento da pressão intra-abdominal. Com este reforço muscular obtém-se a redução da hiperatividade do detrusor diminuindo a IUU (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018).

O fortalecimento dos MAP, baseia-se na repetição de determinados movimentos, que permitem o aumento da força muscular, o que possibilita a sustentação dos órgãos pélvicos e a consequente melhoria da resistência uretral, que impede a saída involuntária de urina (Branco, 2009). Os exercícios de *Keegel* são os mais simples e, por isso, os eleitos para a mulher realizar no domicílio, de forma a promover a autonomia e eficiência da reabilitação.

Existem três formas de aplicar os exercícios de *Keegel*: aumento da pressão uretral, suporte do colo vesical e através de contrações coordenadas entre os músculos do pavimento pélvico e o músculo transverso abdominal. A contração dos músculos do pavimento pélvico pode inibir as contrações do músculo detrusor (Faíena *et al.*, 2015).

O Pilates também pode ser uma forma de fortalecimento dos MAP, Joseph Pilates, idealizou um treino muscular onde aumentava a pressão, a resistência e o número de contrações rápidas dos MAP. No estudo de Souza [*et al.*] (2017), utilizando o método Pilates, concluíram que é possível o fortalecimento dos MAP através desta técnica, tratando e prevenindo as DAP, principalmente nos períodos onde estes músculos são mais exigidos na vida da mulher, como na gestação, no pós-parto vaginal e na terceira idade.

A instrução do programa de reeducação do pavimento pélvico realiza-se à mulher de forma compreensível e passível de ser executada no seu quotidiano. Por isso, divide-se o treino em três etapas:

- 1ª Tomada de consciência da contração - possibilita à mulher identificar a musculatura pélvica;
- 2ª Aumento da intensidade da contração;
- 3ª Integração da atividade - nesta etapa exercita a musculatura nas condições da vida quotidiana (correr, tossir, espirrar, etc.). (Branco, 2009).

As pessoas com IU principalmente por esforço evitam o exercício físico, por medo da perda de urina, o que está relacionado com o aumento da pressão intra-abdominal durante o exercício, que acaba por superar a pressão de oclusão uretral, provocando as perdas. Vários estudos abordados por Zereti [*et al.*] (2009), referem que as mulheres com maior atividade física demonstravam menores taxas de IU. Altos níveis de atividade física de baixa intensidade, reduz discretamente o risco relativo para quase todos os tipos de IU, com exceção da IUU.

A Reeducação Postural Global é uma das formas de tratar disfunções como a IUE, que decorrem da hipermobilidade do colo vesical. Consiste numa técnica que trabalha as cadeias musculares responsáveis pela estrutura postural (músculos adutores, abdutores, rotadores internos e externos). Têm como objetivo abolir as retrações musculares que ocorrem de um desequilíbrio do corpo (Fozzatti e Herrmann, 2009).

A técnica de RPG, através da exigência de uma postura mais fisiológica, possibilita uma atividade dos músculos abdominais e do pavimento pélvico mais eficazes. O movimento do corpo controlado pela tensão contínua dos grupos musculares incluídos move a parede vaginal anteriormente contra a púbis, melhorando o mecanismo de encerramento da uretra. Para além dos aspetos positivos no tratamento da IU, esta técnica assume o corpo com um todo, trazendo benefícios noutras dimensões como na qualidade de vida (Teixeira, Nogueira, e Mascarenhas, 2014).

O *Biofeedback* é uma ferramenta que serve para as mulheres compreenderem e executarem corretamente a contração dos MAP. Pode ser digital, visual ou inserção de cones vaginais com diferentes pesos.

O *Biofeedback* digital é uma forma simples que consiste em ensinar a mulher a realizar uma contração máxima muscular dos MAP através da palpação digital

No *Biofeedback* visual é utilizado uma sonda de pressão que é inserida na vagina e a mulher pode visualizar através de um ecrã a força da contração dos MAP (Mascarenhas, 2011).

O *biofeedback* funciona como adjuvante dos TMAP. O objetivo da associação é consciencializar as mulheres da sua função muscular, motivando e melhorando o seu esforço durante os exercícios. O biofeedback pode ser visual, sonoro ou uma combinação de ambos (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018).

Os exercícios de fortalecimento dos músculos pélvicos são diversificados e com níveis de complexidade diferentes, exigem que a mulher esteja motivada e empenhada e a colaboração de profissionais competentes para o sucesso destes.

As técnicas hipopressivas estão divididas em: técnicas de aspiração diafragmática, técnicas de neura facilitação reflexa e exercícios de ginástica hipopressiva (Seleme *et al.*2009).

A técnica da ginástica hipopressiva, é a mais utilizada, atua através do estímulo dos músculos acessórios da respiração. Consiste no relaxamento do diafragma através da respiração, diminuindo a pressão abdominal, facilitando a tonificação dos músculos abdominal e do assoalho pélvico. Nesta técnica, são utilizadas várias posturas estáticas, a um ritmo lento numa frequência de 10 a 30 segundos (ibidem).

Um dos objetivos desta técnica no pós-parto, é evitar os prolapsos e as IU, fazendo a tonificação abdominal e perineal. Segundo as autoras supracitadas em vários estudos é demonstrado que a hipotonia abdominal leva à alteração dos vetores da pressão do assoalho pélvico, fazendo com que haja uma maior pressão anterior que leva à abertura da vagina, à descida dos órgãos e IU. Numa musculatura tonificada, os vetores de força dirigem-se para trás causando um encerramento da fenda vaginal e proteção dos órgãos pélvicos.

Durante estes exercícios a pressão exercida acarreta uma atividade reflexa de tipo 1 a nível dos músculos da cintura abdominal e do períneo com uma latência de alguns segundos. A longo prazo, a realização destas técnicas de forma repetida e frequente, aumentam de forma significativa o tónus muscular do AP e também da cintura abdominal (Seleme *et al.*2009).

A ginástica hipopressiva, trata-se de uma técnica adicional e não um tratamento específico. A sua principal indicação é para a IUE e as alterações lombo-pélvicas-perineais que ocorrem no pós-parto (Seshan e Mulliira *et al.*, 2014).

2.3 DISPOSITIVOS EXTERNOS

Os dispositivos anti-continência, têm como principal objetivo controlar a incontinência urinária ocluindo a uretra mecanicamente e/ou elevando o colo vesical. Existem vários tipos de dispositivos externos como são exemplo, os dispositivos intra-uretrais descartáveis e os dispositivos intravaginais (pessários, tampões, dispositivos de suporte vaginal), são desenhados de forma a suportar o colo vesical. São eficazes em determinadas mulheres e podem ser considerados uma opção terapêutica (Mascarenhas, 2011).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Ginecologia, (2018), os pessários anatomicamente, aumentam o suporte da uretra, diminuem o ângulo uretrovesical posterior, elevam o colo vesical e aumentam o comprimento da uretra. Estudos urodinâmicos de mulheres com IUE tratadas com pessários reportam aumento do comprimento funcional da uretra, aumento da pressão de encerramento uretral e ausência de obstrução uretral.

Os pesos/ cones vaginais provocam na mulher a sensação de perder o peso, o que torna o *feedback* positivo, pois melhora a contração dos MAP, quando a mulher tenta reter o peso no interior da vagina (Mascarenhas, 2011).

Existem cones de diversos materiais e com dimensões que podem variar entre as 20-100 g, cujo objetivo é o treino funcional dos MAP durante as atividades de vida diárias. A sua utilização varia de 15 a 20 minutos duas vezes ao dia e com deambulação. O treino é progressivo, iniciando com um cone que a mulher consiga manter na vagina durante 1 minuto, em posição ortostática até conseguir deambular com um cone de maior peso, durante 20 minutos, proporcionando desta forma a contração dos MAP (ibidem).

Zerati [et al.], 2009, referem vários estudos em que o uso de cones é eficaz no TMAP em mulheres com IUE e tem a mesma efetividade que a electroestimulação. Também referem outros estudos em que há uma taxa grande de abandono ao tratamento, e em outros, onde é descrita a possibilidade de com a sua utilização haver uma diminuição do suprimento sanguíneo para os MAP, levando a uma diminuição do aporte de oxigénio. Em suma e apesar de alguns aspetos negativos, os cones podem ser uma boa opção terapêutica.

Existem outro tipo de dispositivos externos que acabam por ser mais práticos e mais utilizados pelas mulheres, pela sua facilidade de uso e também pelo conforto, onde se incluem os produtos absorventes, que são então os dispositivos de apoio mais utilizados. Podem ser desde fraldas, pensos a resguardos. São utilizados quando não é possível a solução da IU ou quando a mulher aguarda tratamento (Mascarenhas, 2011).

2.4 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO, ELETROESTIMULAÇÃO ELÉTRICA OU MAGNÉTICA E TERAPIAS ALTERNATIVAS

O tratamento farmacológico é por norma o que a maioria das mulheres aderem com mais frequência. Alguns fármacos têm sido usados no tratamento da IU, mas

nenhum tem demonstrado uma melhoria significativa dos sintomas. Os fármacos mais usados são: estrogénios, agonistas beta-adrenérgicos, antidepressivos tricíclicos, inibidores da serotonina e norepinefrina (Mascarenhas, 2011).

A terapia farmacológica adequada depende do tipo de IU e de quão severa é a sintomatologia apresentada pelas mulheres (Newman e Wein, 2009). Os medicamentos usados dividem-se em dois grupos: os que atuam nos sintomas durante a fase de armazenamento; e os que tratam a sintomatologia que envolve a micção. Os do primeiro grupo (anticolinérgicos e antiespasmódicos), inibem a hiperatividade do detrusor. Na prática, aumentam a capacidade de armazenamento da bexiga, reduzindo episódios de IU por influência da hiperatividade do detrusor. No segundo grupo, incluem-se os agonistas colinérgicos e bloqueador alfa adrenérgico. Atuam na fase de micção, quando o problema passa por hipoatividade do detrusor. Estes medicamentos aumentam a contractilidade e promovem o esvaziamento vesical eficaz. No caso de IU de esforço o tratamento passa pelo aumento da resistência uretral através da contração da musculatura lisa do pavimento pélvico.

Outro fármaco que tem sido utilizado na IU é a toxina botulínica, que atua no aumento da capacidade máxima da bexiga e diminui a pressão intravesical, reduzindo o número de episódios de perda de urina nas mulheres com bexiga hiperativa e bexiga neurogénica reflexa (Rocha e Redol, 2017; Newman e Wein, 2009).

Na Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2018), é ainda descrita a utilização de estrogénios tópicos. A aplicação vaginal pode ser utilizada em mulheres na peri ou pós-menopausa com IU e atrofia vaginal. O benefício do tratamento pode demorar três meses até ser eficaz. Não é recomendada terapêutica oral com estrogénios para o tratamento da IU, havendo estudos que sugerem que a terapêutica hormonal sistémica pode provocar o seu agravamento.

Além dos tratamentos conservadores anteriormente referidos, podemos ainda encontrar a estimulação elétrica ou magnética, que é feita através de um eletrodo vaginal ou anal, que permite o fortalecimento dos MAP, estimulando o nervo podendo. Bors, em 1952 foi quem primeiro descreveu os efeitos da electroestimulação nos MAP. Esta, ao melhorar a força e coordenação dos MAP, inibe as contrações da musculatura detrusora e melhora então a função urinária (Mascarenhas, 2011).

É utilizada a nível dos MAP, da bexiga e nas raízes nervosas sacrais. Pode ser usada por meio intracavitário ou não, de modo contínuo ou com estímulo de alta intensidade. Foram descritos alguns efeitos adversos no uso principalmente dos eletrodos intravaginais como irritação e infeção. Em relação à IUE também não estão

descritas evidências científicas na sua eficácia e como nos restantes tipos de tratamento há uma maior efetividade quando supervisionado ou mesmo executado por um profissional comparativamente a quando efetuados pelas mulheres no domicílio (Zerati *et al.*, 2009).

Atualmente existem vários métodos elétricos com diferentes frequências, intensidades, formas de onda e colocação de elétrodos. Para o tratamento da IUE pode-se utilizar uma frequência entre 35 a 50 Hz para uma boa contração muscular, ao passo que para o tratamento da IUU são necessárias frequências mais baixas entre 5 a 10 Hz, com o intuito de controlar a hiperatividade de detrusor (Mascarenhas, 2011).

As terapias complementares e alternativas incluem uma grande variedade de intervenções. Mascarenhas (2011), refere-se à meditação, hipnose, acupuntura, tratamento neuropático e ervas medicinais, e o Conselho Nacional de Uroginecologia (2018) acrescenta técnicas de relaxamento e suplementos naturais.

Estas fontes referem que são ainda muito poucos os estudos disponíveis sobre este tema, e somente a acupuntura dispõe de estudos suficientes para poderem ser elaboradas algumas recomendações. A acupuntura é um método alternativo utilizado no tratamento da IU com provas verificadas na melhoria da capacidade vesical. Apesar dos seus mecanismos de ação não estarem totalmente explicados, é demonstrado que a acupuntura estimula o sistema nervoso parassimpático que é responsável pela contração do músculo da bexiga.

Em síntese, os tratamentos conservadores incluem uma grande variedade de intervenções, desde as mais simples, relacionadas com comportamentos e estilos de vida, que as mulheres podem efetuar no seu contexto de vida e com baixos custos, às mais complexas, que necessitam de recursos tecnológicos ou farmacológicos. A sua eficácia é maior quando supervisionada por profissionais de saúde.

Este tipo de tratamentos não invalidam o recurso ao tratamento cirúrgico, desde que seja o mais recomendado para a mulher e para a sua situação.

2.5 TRATAMENTO CIRÚRGICO

Quando o tratamento conservador não é eficaz, a cirurgia é a única opção disponível, para melhorar a QV da mulher.

A abordagem cirúrgica é considerada a terceira linha de tratamento para a IU e antepõe uma avaliação clínica exaustiva, tendo em conta o impacto desta opção na

qualidade de vida da mulher (Pires, 2008). No tratamento da IU são diversos os tipos de procedimentos desde *slings*, colossuspensão, agentes expansores da uretra, esfíncter artificial, para a IUE e para a IUU, citoplastia de aumento e neuromodulação. Não há um consenso para o melhor tratamento cirúrgico, desta forma deve-se ter em conta a história clínica de cada mulher e anteriores cirurgias (Mascarenhas, 2011).

De entre os procedimentos cirúrgicos, é destacado a técnica de *sling*, uma vez que abrange todos os casos de IU, independentemente da sua etiologia. A intenção desta cirurgia é estabilizar o colo vesical e suportar a região média da uretra (Branco, 2009). A abordagem cirúrgica é um recurso invasivo, pode ser acompanhado de complicações, contudo, não garante que não haja recidivas da patologia (Knorst *et al.*, 2013).

A maior parte das mulheres com POP, sintomáticas, são tratadas com procedimentos reconstrutivos. Quando há risco na exposição a longos períodos de cirurgia ou quando as mulheres não têm relações sexuais, o tratamento conservador é o mais indicado (Horst e Silva, 2016).

No POP há uma grande variedade de procedimentos cirúrgicos, que vão desde cirurgia reconstrutiva a cirurgia obliterativa.

Em suma, as intervenções para o tratamento das disfunções do AP são múltiplas, e aos três níveis de prevenção. Considerando as intervenções autónomas de Enfermagem de Reabilitação (ER), há um vasto campo em que estes profissionais podem contribuir para o bem-estar e para a melhoria da qualidade de vida das mulheres. O tratamento conservador deverá ser o eleito para 1ª linha de tratamento, ou quando não é possível a cirurgia reconstrutiva. Dentro do tratamento conservador são variadas as técnicas e intervenções que podem ser oferecidas às mulheres com HAP, pelo EEER.

CAPÍTULO III

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NO TRATAMENTO NAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO

A evidência científica demonstra um impacto negativo na qualidade de vida da mulher com hipotonia do assoalho pélvico, afetando-a nos domínios físicos, psicossocial e económicos. Neste capítulo é abordada a competência que o EEER tem nos domínios do autocuidado e na reabilitação do assoalho pélvico, com vista na melhoria da qualidade de vida das mulheres.

O enfermeiro especialista é detentor de competências e intervém em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, abrangendo todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (CS). Atua na área da educação, de orientação, aconselhamento, processos de liderança e de investigação importante ao desenvolvimento da prática de enfermagem (OE, 2010).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE):

“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.1).

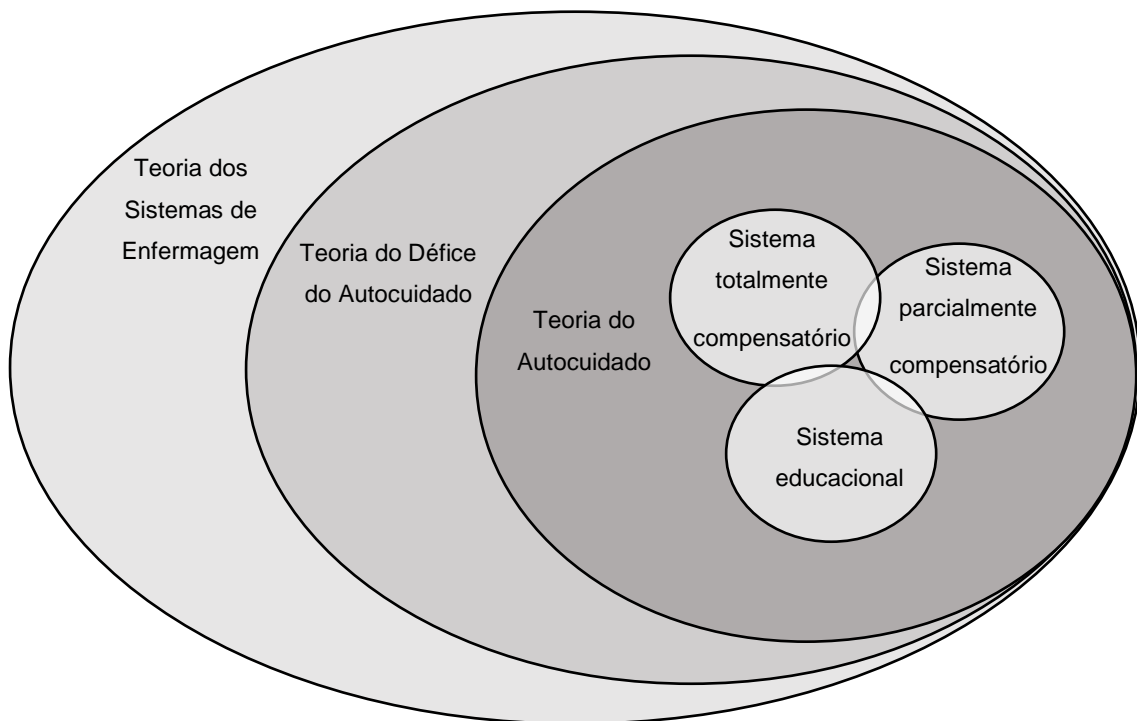
O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, concebe programas e implementa intervenções, com o intuito de procurar a otimização e/ou reeducação funcional ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade elevando estes programas à maximização da autonomia no exercício do autocuidado e da qualidade de vida (Regulamento n.º 125/2011, 2011).

Na orientação da prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, os modelos de autocuidado e das transições revelam -se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional (Regulamento n.º 350/2015, 2015)

Com o intuito de compreender o contributo das teóricas que sustentam a prática de enfermagem de reabilitação, importa abordar a teoria do Défice do Autocuidado de Orem. Para esta autora o autocuidado é toda a atividade do humano para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Todo o ser humano é dotado de habilidade e perceção da sua estrutura bio-psico-social. Quando ocorre alguma alteração nesta harmonia, surge o desvio de saúde. Numa vertente holística em que as necessidades básicas são importantes, e também a sua interação social e o seu papel na sociedade, a pessoa apesar de ter todas as ferramentas para amenizar os desvios de saúde, pode não ser capaz de realizar o autocuidado. Orem descreveu a teoria do défice do autocuidado,

descrevendo a necessidade de o enfermeiro ajudar a pessoa. Esta teoria é composta por 3 teorias inter-relacionadas: 1) teoria do autocuidado, que descreve o porquê da pessoa cuidar de si própria; 2) a teoria do déficit do autocuidado, que explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem; e 3) a teoria dos sistemas de enfermagem, que explica as relações que tem de ser estabelecidas e mantidas para que se produza enfermagem (Queiroz *et al.*, 2014).

Figura 1: Teoria do Déficit do Autocuidado de Enfermagem segundo Ordem

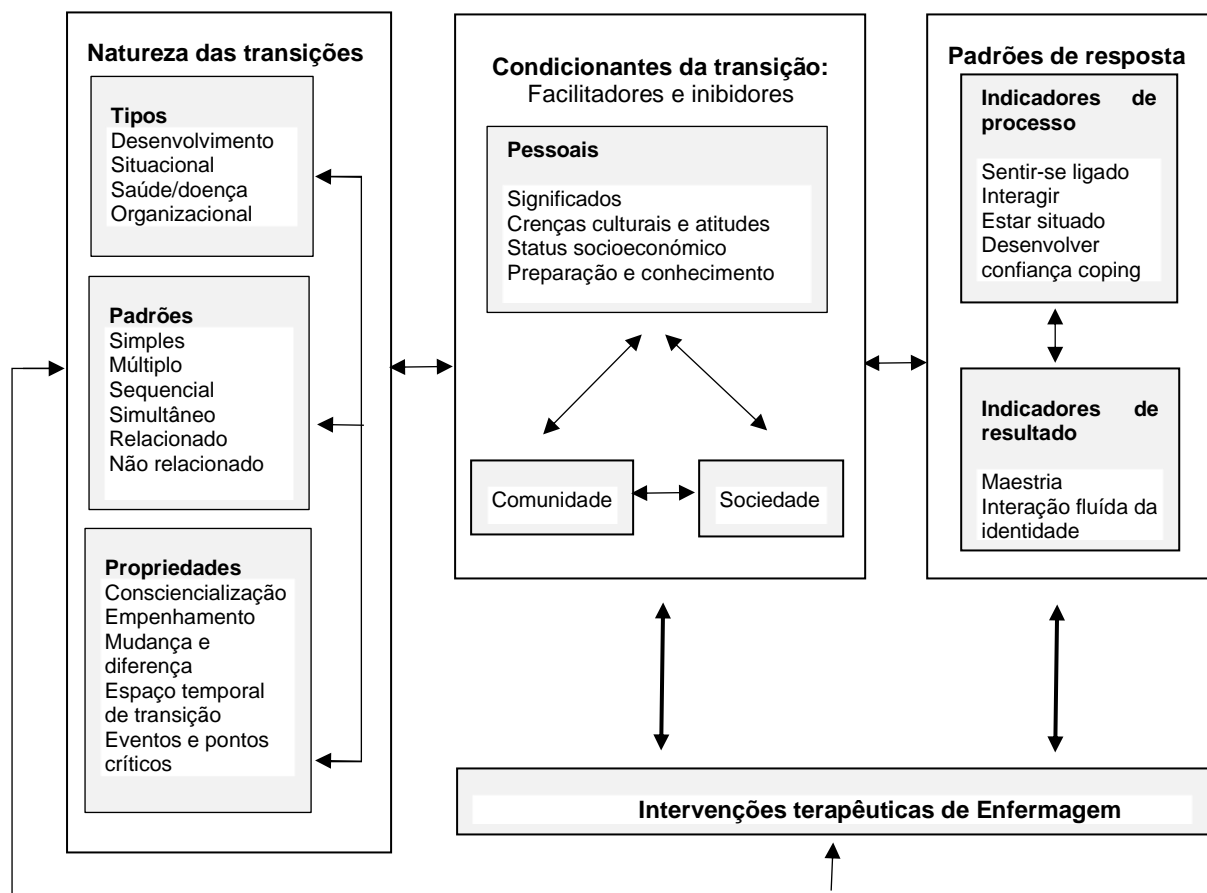


Fonte: Adaptado esquema de Queiroz *et al.* (2014) *apud*. Orem (2001) *Nursing Concepts of practice*

Pelas competências regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (2019) o EEER atua na promoção do autocuidado a nível da Eliminação Vesical (EV), nomeadamente no planeamento e implementação de técnicas comportamentais, consideradas a primeira abordagem. Estas técnicas destacam-se como intervenções autónomas de Enfermagem de Reabilitação, podendo estar abrangidas, a educação sobre a afeção do aparelho génito-urinário, estilos de vida saudáveis, programas de reeducação perineoesfinteriana, como o treino vesical, reeducação muscular do pavimento pélvico e o *biofeedback*, entre outras intervenções, e que segundo evidências científicas têm também um papel importante no tratamento da hipotonia do assoalho pélvico.

. A Teoria de Enfermagem de Afaf Meleis é outra das teorias que podem suportar a prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, sustenta-se nos processos de transição e demonstra que é uma mais-valia para conhecer os contextos em que as mulheres com HAP se inserem, a natureza das transições por elas relatadas e os padrões de resposta das mulheres em relação à sua condição de vida. Através de intervenções autónomas de Enfermagem é possível potenciar o processo de transição, na recuperação, na capacitação, na tomada de decisão, nos padrões de resposta e na otimização da qualidade de vida da mulher com hipotonia do assoalho pélvico (Meleis *et.al.*, 2010).

Figura 2: Esquema traduzido da teoria das Transições: uma teoria de médio alcance



(Adaptado de Meleis, [et.al.],2010)

A capacidade de autocuidado só é afirmada quando a mulher é capaz de desempenhar a atividade de autocuidado para manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde e bem-estar. Este pensamento remete-nos para o conceito de transição proposto por Meleis, citada por Abreu (2008), que é definido como uma mudança significativa na mulher, quando exposta a estímulos e novos conhecimentos, o que pode gerar um novo

comportamento ou outra definição de si mesma no contexto social (apud Queirós *et al.*, 2014).

No que diz respeito ao cuidar, Meleis (2010), refere que assistir as mulheres em processos de transição constitui o papel mais relevante do exercício de enfermagem por facilitar o processo e ajudar estas a alcançarem o seu bem-estar.

A teoria das transições, conforme a figura 2, organiza-se num modelo em que se considera a natureza, os condicionantes da transição, que podem ser facilitadores e inibidores, os padrões de resposta e a intervenção de enfermagem. O processo de transição é singular, diverso, complexo e com múltiplas dimensões, que constroem variados significados determinados para cada indivíduo. Quanto à natureza, as transições podem ser: desenvolvimentais, de saúde/doença, organizacionais e situacionais.

As transições podem ser simples, complexas, multidimensionais e possuem propriedades que são essenciais para se conhecer se a pessoa se encontra numa transição, como a: consciencialização, empenhamento, mudança e diferença, espaço temporal da transição e eventos/pontos críticos.

Na consciencialização, a pessoa em processo de transição, demonstra o conhecimento, ou reconhecimento da sua situação na transição. O nível de consciencialização influencia o empenhamento, ou seja, o grau de envolvimento da pessoa perante a sua condição, pelo que é necessário que esteja consciente e empenhada para procurar ajuda, assim como, para o tratamento.

Como a transição leva a uma mudança na vida, é necessário compreendê-la, para se poder explorar a temporalidade, gravidade e as expectativas pessoais. Estas mudanças, levam a desequilíbrios na vida da pessoa e com isto a alteração da sua propriocepção, das relações e das suas atividades de vida diárias. A pessoa ao sentir diferença, percebe-se como diferente. O espaço temporal, outra propriedade das transições, entende-se como o fluxo de tempo ao qual ocorre a transição.

Os eventos críticos, são situações e momento em que a pessoa põe em causa a sua situação e se será capaz de a superar com sucesso.

Todos estes pontos referidos anteriormente, requerem a atenção do EEER pois, correspondem a um período de maior vulnerabilidade na vida da mulher. Para compreender estas transições, é necessário que o EEER, compreenda os condicionantes socioeconómicos e pessoais, para de uma forma mais adequada ajudar a mulher neste processo.

Com o intuito de alcançar transições saudáveis, o EEER deve, numa perspectiva holística, humana e científica, conhecer o contexto em que se insere a mulher, tendo em atenção as dificuldades e as adaptações às novas condições de vida. As intervenções de enfermagem devem ser entendidas como ações no decorrer do processo de transição, de forma a proporcionar às mulheres conhecimento e capacidade para lidarem com as transições de forma a restabelecer o bem-estar.

Em suma, as transições estão diretamente relacionadas com mudanças na vida, estado de saúde, relações interpessoais e ambiente envolvente, sendo que podem surgir após modificações nestes aspetos e acarretam também alterações nos mesmos. Os enfermeiros como cuidadores da mulher e família que vivenciam o processo de transição têm um papel fundamental no auxílio deste processo, promovendo a aquisição de competências que contribuam para uma transição saudável. A transição foi considerada por Meleis um conceito central de enfermagem (Meleis, 2000).

O EEER, com as suas competências pode promover a mudança de estilos de vida da mulher, no tratamento, na promoção da saúde, ajudando na escolha de produtos de prevenção de perdas urinárias e treinos vesicais, na adaptação da mulher à sua nova condição de vida.

Num âmbito mais específico, O EEER, informa, orienta, concebe, planeia, implementa e avalia intervenções, medidas de suporte emocionais e psicológicas, e coopera com outros profissionais, no tratamento da mulher com afeções do aparelho génito -urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação, incluindo os conviventes significativos (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Marques-Vieira e Sousa (2016), focam a importância do EEER no acompanhamento da puérpera no âmbito de uma equipa multidisciplinar, a fim de proporcionar conforto e segurança nesta fase. Um dos objetivos do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é promover uma estimulação da musculatura pélvica, abdominal e costas, de forma a aumentar a tonicidade e fortalecimento muscular contribuindo para a promoção da qualidade de vida da mulher.

Desta forma o EEER pode atuar em diversas situações do ciclo vital da mulher, tanto no puerpério, com vista na recuperação dos MAP, como no tratamento conservador das DAP ou no pós-cirurgia. O EEER, possui competências específicas de forma a poder executar cuidados de enfermagem especializados com vista à melhoria de ganhos em saúde da mulher, tanto na evicção de incapacidades, na promoção do autocuidado e nos treinos de atividades de vida diária.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, no Parecer nº 60 (2015), no âmbito da intervenção da reabilitação do pavimento pélvico, tendo em consideração o Código Deontológico dos enfermeiros e dos seus conhecimentos, os programas de reabilitação do pavimento pélvico podem ser concebidos e implementados pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Devem ser entendidos como um contributo e uma intervenção especializada no sentido de melhorar o bem-estar e a qualidade de vida da mulher também em contexto de gravidez, em articulação com o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

O EEER tem na sua intervenção, a responsabilidade de desmistificar mitos e preconceitos relativos à prática de exercício físico durante as variadas fases da vida da mulher, inclusive na gravidez e no pós-parto (Marques-Vieira e Sousa, 2016).

Os exercícios da reeducação da musculatura pélvica nos pós-parto são importantes no caso de ocorrer perda involuntária de urina. Desta forma, é importante a definição de um programa de exercícios e orientações relativamente à respiração, aos músculos abdominais e do pavimento pélvico (Comitee on Obstetric Practice, 2020).

Grande parte das mulheres desconhece formas de tratamento da IU e/ou não procura ajuda profissional (Lopes, 2016). Torna-se imperativo a intervenção do EEER, que, com a suas competências específicas identifica necessidades para otimizar e/ou reeducar a função de eliminação, planeia e implementa intervenções que reduzam os riscos de alterações a este nível.

A investigação limitada neste âmbito e as necessidades crescentes relacionadas com as disfunções do AP, enquanto problema de saúde pública levaram a *Internation Continence Society* (ICS) a reconhecer que esta é uma área de investigação de alta prioridade. É ainda de salientar que a necessidade de novos estudos neste domínio foi reconhecida durante o 3º Consenso Internacional de Incontinência, focando em particular a premência de estudos prospetivos que relacionem a gravidez e o parto com a IU (Pinheiro, 2012).

Em suma e de acordo com o Regulamento n.º 392/2019, o EEER tem competência para implementar programas de reabilitação focados na mulher, com hipotonia do assoalho pélvico, de uma forma independente, embora haja mais ganhos em saúde para a mulher se forem integrados numa equipa multidisciplinar envolvida na saúde da mulher.

Se houver mais informação e sensibilização acerca das competências que o EEER tem e que pode desempenhar na reabilitação do AP, os profissionais de saúde

podem encaminhar as mulheres com hipotonia do assoalho pélvico, para estes profissionais.

Assim sendo, corroborando Fernandes [et al.] (2015, p.95)., “urge uma necessidade de reunir esforços para sensibilizar os profissionais de saúde para a adoção de medidas de saúde uroginecológicas que previnam ou tratem precocemente a IU na população feminina”, sendo vasto o campo de intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Com a reabilitação do AP podemos retardar a necessidade de tratamento cirúrgico ou mesmo intervir no pós-cirurgia de forma a evitar recidivas e complicações, facilitando uma melhor recuperação e fortalecimento dos MAP. Conforme muitos dos estudos referidos ao longo do relatório, a reabilitação do AP melhora a QV das mulheres com HAP, podendo até recuperar a disfunção, retardar o seu aparecimento ou progressão. É neste sentido que este estudo assenta, na importância da intervenção de um enfermeiro de reabilitação na prevenção e no tratamento das disfunções do assoalho pélvico.

CAPÍTULO IV

OPÇÕES METODOLÓGICAS

A investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual nós vivemos. É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam de uma investigação (Fortin, 2009).

Neste sentido, procura-se com os processos de investigação fomentar uma atitude de carácter reflexivo e uma capacidade de análise crítica sustentada, com o objetivo de promover o desenvolvimento e crescimento profissional ao qual a Enfermagem não fica indiferente. Equacionando o que se faz, refletindo e questionando os modelos de trabalho e as práticas profissionais, a Enfermagem vai construindo alternativas adequadas à resolução dos problemas. Neste sentido, a investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades (Martins, 2008).

Segundo o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação:

“O avanço no conhecimento requer que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização” (Regulamento, nº 392/2019, p. 13565).

O percurso metodológico é uma fase decisiva e fundamental num trabalho de investigação, pois a escolha de uma metodologia adequada ao estudo permite alcançar os objetivos propostos, dando-lhe validade científica.

Neste capítulo procede-se à descrição do percurso metodológico que orientou o estudo, desde a problemática aos objetivos e finalidade da investigação, o tipo de estudo, contexto e participantes, instrumento e procedimento de colheita de dados, procedimento de análise de dados, assim como as considerações éticas subjacentes.

4.1 FINALIDADES E OBJETIVOS

A hipotonia do assoalho pélvico acarreta variados problemas de saúde incluindo a incontinência urinária e os prolapso dos órgãos pélvicos com consequências e

implicações a diversos níveis, na pessoa e na sua QV, tal como abordamos anteriormente. O Enfermeiro Especialista em Reabilitação, com os seus saberes e competências desempenha ou pode desempenhar um papel fundamental na prevenção e tratamento deste problema de saúde.

Desta forma, este estudo surge da convicção de que é possível encontrar novas respostas para estes problemas, e contribuir para a melhoria da qualidade de vida destas mulheres.

A reflexão sobre o impacto das disfunções resultantes da HAP na vida destas mulheres, a relevância da enfermagem especializada em reabilitação na identificação, conceção, implementação e avaliação de programas específicos de intervenção, constitui uma inquietação presente no quotidiano da prática da investigadora, e conduziu à questão de investigação que orienta este estudo: “Quais as necessidades em cuidados de enfermagem de reabilitação das mulheres com hipotonia do assoalho pélvico?”.

De acordo com a questão de investigação traçou-se o seguinte objetivo geral:

- Compreender as necessidades em cuidados de enfermagem de reabilitação nas mulheres com hipotonia do assoalho pélvico

Com o propósito de dar resposta ao objetivo geral foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Descrever as disfunções resultantes da hipotonia do assoalho pélvico;
- Descrever as implicações que as disfunções do assoalho pélvico têm na vida das mulheres;
- Descrever as respostas de cuidados de saúde que as mulheres com hipotonia do assoalho pélvico encontram nos serviços de saúde;
- Descrever as atitudes que as mulheres com hipotonia do assoalho pélvico têm em relação às respostas dos serviços de saúde;
- Descrever a assistência dos profissionais de Saúde às mulheres com hipotonia do assoalhado pélvico.

Com o presente estudo pretende-se contribuir para um melhor conhecimento da problemática da hipotonia do assoalho pélvico nas mulheres e desta forma perspetivar oportunidades de intervenção e de desenvolvimento de competências em Enfermagem de Reabilitação nesta área. A problemática e os objetivos traçados para o estudo, levaram à tomada de decisões metodológicas adequadas à sua concretização e que seguidamente são apresentadas.

4.2 TIPO DE ESTUDO

A natureza do problema de investigação determina os materiais e os métodos para a concretização do estudo.

De acordo com a problemática e os objetivos, optamos por um estudo qualitativo de carácter exploratório e descritivo, pois pretendemos conhecer através dos relatos das mulheres o fenómeno em estudo e como o vivenciam.

Bogdan e Biklen (2013), referem que nos estudos qualitativos a fonte direta de dados é o ambiente natural, e é o investigador que recolhe esses dados. Os dados recolhidos são de carácter descritivo e o investigador interessa-se por compreender o significado que os participantes atribuem às suas experiências. A investigação qualitativa acontece em ambientes naturais e geralmente o investigador vai ao local dos participantes recolher dados.

O investigador qualitativo de acordo com Fortin (2009) deve ambicionar uma perceção abrangente do fenómeno em estudo, sem o controlo de variáveis, pois os seus objetivos são descrever e interpretar e não avaliar.

Este estudo é também exploratório descritivo, pois como refere Fortin (2009) visa obter novos conhecimentos, pela descrição, comparação e classificação de observações relativas de certos conceitos. Os estudos exploratórios, são aqueles que procuram descobrir ideias ou intuições, na tentativa de adquirir maior proximidade com o fenómeno pesquisado, com intuito de torná-los mais explícitos. O planeamento da pesquisa precisa ser flexível, para permitir a análise, dos vários aspetos relacionados com o fenómeno (Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio, 2013).

A pesquisa exploratória tem como base estabelecer critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa e visa obter informações sobre o objeto dessa pesquisa de forma a orientar para a formulação de hipóteses (Cervo, Bervian e Silva, 2007).

No presente estudo os dados foram colhidos fazendo recurso ao que as mulheres foram expressando através de palavras, sentimentos e expressões sobre o seu contexto de vida relativamente à sua situação relacionada com a hipotonia do assoalho pélvico.

4.3 CONTEXTO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo decorreu num meio natural, que para Fortin (2009) são estudos conduzidos fora dos laboratórios, o que significa se efetuam fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios.

O local onde decorreu este estudo foi uma Consulta Externa de Uroginecologia, de um hospital do Norte do país, que ocorre semanalmente, e tem como recursos humanos de saúde duas enfermeiras e dois médicos especialistas em Ginecologia

Teoricamente a população consiste num grupo de pessoas ou de elementos que tem características comuns. Como não é possível estudar toda a população, utiliza-se uma fração da população que está mais acessível, e normalmente limitada a um lugar, uma região, uma escola, um centro hospitalar.

Almeida e Freire (2003, p.103) definem população como “o conjunto dos indivíduos, casos ou observações onde se quer estudar o fenómeno”. De acordo com a natureza deste estudo, selecionou-se um grupo de participantes, mulheres com hipotonia do assoalho pélvico, que são seguidas numa consulta de Uroginecologia.

Tendo em consideração o fenómeno em estudo, procedemos a uma seleção accidental de mulheres com hipotonia do assoalho pélvico, inscritas na consulta de Uroginecologia, que recorreram ao serviço hospitalar no mês de junho de 2019. O critério de inclusão foi ter idade compreendida entre os 29 e 75 anos. A delimitação deste grupo etário decore do facto do problema em estudo ser mais frequente nestas idades.

Conforme se pode observar o Quadro 1, as participantes tinham idades compreendidas entre os 41 e 73 anos, sendo a média de idade de 61,2 anos. A maioria (7) tinha mais de 60 anos. Quanto à escolaridade 5 concluíram o 4º ano e as restantes têm até o 9º ano. No que se refere à ocupação, 4 são domésticas, e as restantes têm profissões pouco diferenciadas. Em relação ao número de filhos predominam as múltiparas (9), com 2 ou 3 filhos e com partos eutócicos.

Quadro 1: Caracterização das Participantes

| Entrevista | Idade | Escolaridade | Ocupação | Nº partos | Tipo de parto |
|------------|-------|--------------|----------------------|-----------|----------------------|
| 1 | 41 | 6º ano | Cuidadora Informal | 2 | Eutócico |
| 2 | 68 | 4º ano | Doméstica | 2 | Eutócico |
| 3 | 63 | 9º ano | Esteticista | 3 | Eutócico |
| 4 | 63 | 9º ano | Cozinheira | 2 | Eutócico |
| 5 | 73 | 4º ano | Empregada de limpeza | 3 | Eutócico |
| 6 | 67 | 6º ano | Doméstica | 2 | Eutócico |
| 7 | 65 | 4º ano | Doméstica | 2 | Eutócico |
| 8 | 54 | 9º ano | Costureira | 0 | Eutócico |
| 9 | 65 | 4º ano | Agricultora | 2 | Eutócico + Cesariana |
| 10 | 53 | 4º ano | Doméstica | 2 | Eutócico |

4.4 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

De acordo com a natureza do problema, os objetivos, o tipo de estudo e as características das participantes, consideramos que o método mais adequado para a recolha de dados era a entrevista, sendo considerado a entrevista, o método principal de colheita de dados nas investigações qualitativas. Para Fortin (2009), é um método particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um entrevistador que recolhe dados e um respondente que fornece a informação. É utilizado sobretudo nos estudos exploratórios e preenche geralmente três funções:

- Examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido;
- Servir como principal instrumento de medida;
- Servir de complemento aos outros métodos de colheita de dados.

O tipo de entrevista utilizada foi a semiestruturada, que para além de ser a mais utilizada é a mais adequada quando o investigador quer compreender o significado de um acontecimento ou fenómeno vivido pelos participantes.

Neste tipo de entrevista o investigador determina previamente as questões e temas que vai abordar, apresentando-os ao respondente numa ordem que julga ser apropriada. O objetivo é compreender então o ponto de vista do entrevistado e assemelha-se a uma conversa informal (Fortin, 2009).

O guião (Apêndice 1) foi realizado de acordo com os objetivos delineados para o estudo, tendo em consideração a revisão da literatura efetuada. Numa fase inicial foi submetido à apreciação dos orientadores do estudo e foi realizado um pré-teste de forma a verificar eficácia a clareza e pertinência das questões. O pré-teste permitiu avaliar e verificar a necessidade de proceder a alguns ajustes do guião.

As entrevistas foram gravadas em áudio, com a autorização das participantes no estudo e posteriormente efetuada a transcrição integral dos discursos. Decorreram no gabinete de consultas de Uroginecologia durante o mês de junho de 2019, e a duração destas variou entre 4 a 10 minutos. Tiveram lugar numa sala com privacidade. A saturação dos dados, que determinou o número de entrevistas e participantes ocorreu, quando as respostas às questões não introduziram novos dados que fossem relevantes para o estudo.

4.5 TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento e análise de dados constituem o cerne de qualquer investigação, com a qual se constrói e faz a interpretação teórica do fenómeno em estudo, segundo a perspetiva dos participantes. Os dados obtidos através da entrevista, foram analisados com recurso à análise de conteúdo, tendo como autora de referência Bardin (2011).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2011). A mesma autora refere ainda, que o intuito da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção. Assim, o investigador utiliza o tratamento das mensagens com o objetivo de inferir (deduzir de maneira lógica) conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio.

Na técnica de análise de conteúdo, a metodologia segue um conjunto de etapas sequenciais, que devem ser seguidas pelo investigador e são as seguintes: a organização da análise; a codificação de resultados; as categorizações; as inferências; e, por fim, a informatização da análise das comunicações (ibidem).

Bardin (2011), de uma forma sucinta, define cada uma das fases. Na etapa de organização da análise ou pré-análise, operacionaliza-se e sistematiza-se as ideias iniciais, formando um plano de análise. Esta fase constitui-se por 3 missões: escolha de documentos; formulação de hipóteses e objetivos e elaboração de indicadores.

Esta fase iniciou-se com a transcrição integral das entrevistas, que se constitui como algo necessário para ordenar e organizar os dados, procedeu-se a leituras flutuantes para se apropriar do sentido e informação das entrevistas. Posteriormente procedeu-se a leituras aprofundadas de todo o material retirado das entrevistas, com o objetivo de apreender e organizar os aspetos mais importantes e significativos, para as próximas fases da análise.

Em seguida, foi realizada a codificação dos dados, onde foram geradas as principais ideias e os significados globais. Para permitir esta codificação, os dados gerais das entrevistas, foram agregados de maneira a formar as unidades de análise. Estas unidades de análise, permitiram a descrição concreta, dos significados, possibilitando desta forma a definição e sistematização das categorias.

Na perspetiva da análise de conteúdo, as categorias são vistas como rubricas ou classes que agrupam determinados elementos reunindo características comuns. No processo de construção de categorias adotam-se os critérios semânticos (temas), sintático (verbos, adjetivos e pronomes), léxico (sentido e significado das palavras – antónimo ou sinónimo) e expressivo (variações na linguagem e na escrita). Este processo permite a junção de um número significativo de informações organizadas em duas etapas: inventário (onde isolam-se os elementos comuns) e classificação (onde se divide os elementos e impõem-se organização) (ibidem). Neste trabalho utilizamos os critérios semânticos e sintáticos, fazendo-se utilização das unidades de sentido.

Quando nos dedicamos à categorização, procedemos a recortes de partes do conteúdo das entrevistas, onde se desenvolveu um processo dinâmico e indutivo, sobre a mensagem explícita, procuraram-se os significados, não aparentes do contexto, tendo presente a relação de interdependência, dos objetivos do estudo, com as escolhas das bases teóricas e as diretrizes científicas pesquisadas.

A etapa seguinte, a inferência, que segundo a mesma autora é orientada por diversos pontos de atenção, pontos esses de comunicação (emissor recetor, mensagem e canal). Após esclarecimentos sobre os pontos de comunicação descobrem-se novos temas e dados. Desta forma, surge a necessidade de se equiparar enunciados e ações entre si, com intuito de averiguar possíveis unificações. Em contrapartida, quando os temas encontrados são diferentes, cabe ao investigador encontrar semelhanças que

possam existir entre eles. As interpretações catalogadas em inferências procuram descobrir o que se esconde por trás dos significados das palavras para apresentarem, em profundidade, o discurso dos enunciados (Bardin, 2011).

Para Campos (2004), as categorias utilizadas podem ser apriorísticas ou não apriorísticas. Optou-se pelas apriorísticas, na construção das áreas temáticas e não apriorísticas para as categorias. As unidades de registo ou análise, que constituíram as categorias emergiram pela repetição de conteúdos comuns à maioria das participantes e também por relevância implícita.

No final destas etapas tendo por base os discursos das participantes e as unidades de registo emergiu uma matriz de análise, constituída por um conjunto de áreas temáticas, categorias, subcategorias. Para a validação da análise procedemos à triangulação com o quadro de referências com os orientadores, de forma a assegurarmos a homogeneidade, a pertinência, a fidelidade e reprodutibilidade da grelha categorial.

4.6 ASPETOS ÉTICOS

A consciência das implicações éticas, advém de qualquer ação humana. A investigação, quando aplicada a seres humanos deve salvaguardar e proteger os direitos e liberdades da pessoa, porque temos obrigações e responsabilidades morais. Desta forma e para proteger e respeitar os princípios éticos foram tomadas todas as precauções, para garantir a privacidade de cada mulher que colaborou neste estudo, bem como a confidencialidade dos seus dados pessoais, indo ao encontro aos princípios da Declaração de Helsínquia (Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, 2013). Respeitando os cinco direitos fundamentais, nomeadamente o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade e ao consentimento informado (Fortin, 2009).

No sentido de atender a todos os princípios éticos que devem ser respeitados, foi solicitado um pedido de autorização para realização do estudo de investigação ao Conselho de Administração da instituição selecionada. Que, por sua vez, o encaminhou para análise da Comissão de Ética (Anexo 1), tendo sido obtido parecer favorável à realização do mesmo (Parecer nº 26/2019 – CES).

Relativamente às participantes do estudo, foi pedida a participação voluntária, após esclarecimento dos aspetos considerados importantes, respeitando sempre o

princípio do anonimato e o compromisso da confidencialidade, permitindo o direito de recusa na participação, sem que existisse qualquer repercussão negativa para as próprias. Antes da realização das entrevistas foram efetuados os esclarecimentos necessários para além dos explícitos no documento de informação entregue às participantes do estudo (Apêndice 2). Para este efeito, elaborou-se um termo de consentimento informado (Apêndice 3), baseado nos princípios éticos de pesquisa em investigação e que espelham o evidenciado anteriormente, que todas as participantes no estudo assinaram após lhes ter sido explicado todo o contexto do estudo em questão.

Durante o processo de tratamento e análise dos dados, teve-se sempre em conta todos os princípios orientadores, referidos anteriormente, evitando qualquer referência que pudesse ser identificativa das participantes do estudo.

De forma a garantir o anonimato dos participantes, as entrevistas foram numeradas e codificadas, sendo utilizada a letra E de 1 a 10.

CAPÍTULO V

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo, têm como objetivo apresentar, analisar e discutir os resultados obtidos através da análise de conteúdo dos dados recolhidos nas entrevistas realizadas.

Neste sentido, para uma melhor estruturação e compreensão da hipotonia do assoalho pélvico: necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, a análise orientou-se de acordo com os objetivos específicos do estudo, resultando a matriz de análise, que apresentamos a síntese quadro 2 e, no anexo 2, a matriz completa.

De acordo com os objetivos definiram-se cinco áreas temáticas (Quadro 2): disfunções do assoalho pélvico, implicações das disfunções do assoalho pélvico na vida das mulheres, tratamento das disfunções, atitude das mulheres em relação às respostas dos serviços de saúde e assistência de saúde nas mulheres com disfunção do assoalho pélvico.

Dos discursos das mulheres emergiram categorias e subcategorias, articuladas com as áreas temáticas, que são objeto de análise e discussão.

Quadro 2: Matriz síntese de análise

| Área Temática | Categoria | Subcategoria |
|---|---|--|
| Disfunções do Assoalho Pélvico | Incontinência urinária | Esforço |
| | | Urgência |
| | | Mista |
| | Prolapso dos órgãos pélvicos | |
| Implicações das disfunções do Assoalho Pélvico na vida das mulheres | Atividades de vida diárias | |
| | Alteração do sono | |
| | Atividade profissional | |
| | Relação sexual | Sim |
| | | Não |
| | Higiene íntima | |
| Tratamento das disfunções | Conservador | Reforço dos músculos do assoalho pélvico |
| | | Produtos absorventes |
| | | Medidas complementares (Pessários) |
| | | Tratamento farmacológico |
| | Cirúrgico | |
| Atitude das mulheres em relação às respostas dos serviços de saúde | Aceitação das orientações/prescrições | |
| | Aceitação da condição de saúde | |
| | Expetativa de alternativa de tratamento | Com expetativa |
| | | Sem expetativa |
| Assistência de Saúde nas mulheres com disfunção do assoalho pélvico | Médica | Encaminhamento pelo Médico de família |
| | | Encaminhamento pelo Médico especialista para outra especialidade |
| | Enfermagem | Sem intervenção específica |
| | | Mediação |

Na área temática: **DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO**, emergiram as categorias **incontinência urinária** e o **prolapso dos órgãos pélvicos**, sendo estas as disfunções decorrentes da hipotonia do assoalho pélvico encontradas nas mulheres entrevistadas para este estudo.

Quadro 3: Disfunções do assoalho pélvico

| Categoria | Subcategoria | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 | E8 | E9 | E10 |
|------------------------------|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Incontinência Urinária | Esforço | X | | X | | | X | | | | |
| | Urgência | | | | | | | | X | | |
| | Mista | | X | | | X | | | | | |
| Prolapso dos Órgãos Pélvicos | | | | X | X | X | | X | | X | |

Na categoria **Incontinência urinária** emergem as subcategorias: esforço, urgência e mista, o que vai de encontro ao que refere Abrams [et al.] (2013), que identifica estes três tipos de incontinência como os mais frequentes, associados à hipotonia do assoalho pélvico.

A incontinência urinária afeta predominantemente o sexo feminino e aumenta predominantemente com a idade, devido às modificações próprias da idade a nível estrutural e funcional (Melo *et al.*, 2017).

A subcategoria Incontinência urinária de esforço, emerge de relatos de três participantes, sendo referido por E1: “*é incontinência, mas por esforço!...perco urina com muitos esforços...tossir, espirrar...um simples pegar pesos*” e que é corroborado por E6 “*é quando tusso...espiro*”. A incontinência de esforço é caracterizada por Ferreira e Santos (2011), como uma perda involuntária de urina que pode ocorrer durante o riso, um espirro, esforço físico, devido à pressão abdominal que é efetuada, tal como foi verbalizado pelas participantes do estudo.

A subcategoria Incontinência urinária de urgência, emerge dos discursos, como é exemplo: “*perda de urina...eu vou muitas vezes à casa de banho...muitas vezes, é que não tenho tempo, eu tenho de ir, tem de ser logo! Tenho sempre de andar a correr para a casa de banho e essas coisas todas*” E8. Este discurso integra-se no que se entende por IUU que Gray e Moore, (2012), definem, como o desejo urgente em urinar

e consequente perda urinária involuntária, é associada à frequência diurna e noturna que pode apresentar perdas de urina involuntária ou não, e sem que haja outras patologias ou alterações metabólicas.

A incontinência urinária mista, é identificada por E5, quando refere “*ai perco quando subo escadas...quando vou ao quintal e a pegar em coisas ... se me dá vontade...chego lá já com o penso molhado*” e por E2 “*quando tossia ou às vezes quando saía, tinha de vir depressa fazer xixi!*”.

Estes dados vão de encontro à literatura, onde Gray e Moore (2012), descrevem que a incontinência urinária mista envolve a IUE e a IUU. Apesar de não haver factos fundamentados na fisiopatologia, existem pensamentos sobre uma relação entre os fatores que condicionam as anteriores, ou seja, uma incompetência do esfíncter e uma hiperatividade do detrusor. Esta associação é descrita pela pessoa durante a avaliação da situação quando refere que para além de ter perdas de urina involuntárias ao esforço, apresenta momentos de urgência urinária

Ainda dentro desta área temática emergiu a categoria **Prolapso dos órgãos pélvicos**, que são exemplo os relatos das participantes: E4 “*...saía-me o útero para fora*”, e E7 “*diz que tenho um prolapso, não é?*”. O POP manifesta-se através da protusão dos órgãos pélvicos na vagina ou ultrapassando o anel himenial para o exterior (Mascarenhas, 2011), sendo fatores de risco, a gravidez, os múltiplos partos, a menopausa, a obesidade e o trabalho pesado ao longo da vida (Borges, 2019). As mulheres em estudo que referem POP são todas multíparas, podendo ser um dos fatores de risco na população em estudo.

Duas das participantes ainda referiram além de ter prolapso dos órgãos pélvicos ter conjuntamente incontinência urinária de esforço, E3 refere: “*perco urina há quase 4 anos, quando tusso e assim ...tenho também o que se chama? Sai-me para fora... [prolapso], comecei a perder urinas, depois de uma crise renal*”.

Esta situação vai de encontro ao que refere Borges (2019), que a IU está frequentemente associada aos prolapsos de órgãos pélvicos em que a vagina e os órgãos adjacentes como a bexiga, intestino ou útero saem da sua normal posição por hipotonia dos tecidos de suporte e provocam a sensação de “corpo estranho” na vagina.

Assim, os achados encontrados nesta área temática, estão de acordo com a literatura, surgindo os três principais tipos de incontinência urinária, sendo que neste estudo, o tipo mais prevalente é a IUM e a IUE expresso por duas participantes, a IUU a menos prevalente tendo sido relatado por uma participante.

Quando articulamos com as características das mulheres, nomeadamente em relação às idades os achados corroboram a literatura sendo a IUM, encontrada em mulheres mais velhas e o POP em múltiparas, que segundo Mascarenhas (2011), é mais comum nestas mulheres podendo ocorrer em 50%. Em relação à prevalência da IU, o estudo de Saboia [*et al.*], (2017) refere que a IUM é a mais prevalente e aparece em mulheres mais velhas, estando de acordo com o reportado pelas participantes do presente estudo.

A área temática, **IMPLICAÇÕES DA DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO NA VIDA DAS MULHERES**, ilustram as implicações que interferem com a qualidade de vida das mulheres, nos domínios, físico, psicossocial e familiar.

Dos discursos das mulheres, emergiram as categorias, **atividades de vida diárias, alterações do sono, atividade profissional, relação sexual, higiene íntima e transtorno da imagem** (Quadro 4).

Quadro 4 : Implicações das Disfunções do Assoalho Pélvico na vida das mulheres

| Categoria | Subcategoria | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 | E8 | E9 | E10 |
|----------------------------|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Atividades de vida diárias | | | | X | X | | | | X | | X |
| Alterações do sono | | | | | | | | | X | | |
| Atividade profissional | | X | | | X | | | | X | X | |
| Relação sexual | Sim | X | X | | X | | X | | | | |
| | Não | | | X | | X | | X | X | X | X |
| Higiene íntima | | | | X | | | X | | | | |
| Transtorno da imagem | | | | X | | | | | | | |

A hipotonia do assoalho pélvico, interfere com as atividades de vida diária das mulheres numa grande diversidade de situações do seu quotidiano. A categoria **atividades de vida diárias**, emerge no contexto dos relatos das participantes, quando referem: dificuldade de subir escadas, o ter urgência de ir à casa de banho, pegar em objetos, levantar-se, fazer esforços, levantar pesos e caminhar.

A existência de escadas é uma situação que exige esforço dos músculos pélvicos, com implicações na urgência e perdas de urinárias. Por vezes as atividades

de vida diárias, como cozinhar são interrompidas constantemente devido à incontinência. A este propósito E8 refere “*a minha cozinha é em baixo, tenho de subir as escadas...quando chego lá tenho de andar sempre a correr para a casa de banho*”.

Há, no entanto, outras situações que exigirão menor esforço, e que dependem da posição ortostática, conforme refere E4 “*Sim em pé e quando faço esforço...em andamentos [quando saí à rua] e isso*”. Como refere Ferreira e Santos (2011), a incontinência urinária de esforço, caracteriza-se pela perda involuntária de urina que pode ocorrer com pequenos esforços ou simples atividades físicas, e que decorre da pressão abdominal e da hipotonia muscular. A mulher experimenta situações em que esta hipotonia lhe traz transtornos como é o exemplo anterior em que o simples facto de sair à rua para ir às compras ou passear, lhe traz constrangimentos, levando por vezes a reduzir o convívio social.

No entanto estas implicações nas atividades de vida não se limitam à incontinência, havendo referência também a prolapsos, conforme é referido por E10: “*(...) no meu dia-a-dia...chegou a um ponto que aquilo estava mesmo mal...aninhar, erguer, aquilo estava sempre a sair [referente ao prolapso] ... até que eu não aguentava mais*”.

No caso da E3, que nos refere, “*eu ainda não tive muitas dificuldades [em relação à perda de urina] porque sou muita caseira*!”, as perdas de urina não constituíam um problema major na sua vida, não a limitando nas suas atividades de vida normais, referindo que passava muito tempo em casa e por isso não sentia muito as implicações no seu dia a dia.

A **alteração do sono** foi outra das categorias que emergiu do discurso de E8, quando refere “*...sim levanto-me várias vezes de noite*.”, o que vai de encontro ao expresso por Fernandes [et al.], (2015) quando referem que há estudos em que, as mulheres com IUU, apresentam distúrbios do sono o que contribui para uma diminuição da sua QV.

No que diz respeito à categoria, **atividade profissional**, as participantes referem ter alguns incómodos na realização das tarefas na sua profissão, por se sentirem constrangidas por causa do cheiro, como menciona E1 “*...na minha área, onde trabalho sim porque a gente perde urinas e fica com um cheiro, fica a roupa a uler! sim é incomodativo*!”. estas situações podem ter implicações na atividade laboral assim como o receio em ir trabalhar por não ter tempo de ir ao casa-de-banho ou mesmo não chegar a tempo para urinar, tal como relatou E8 “*eu antes de ser operada não ia tantas vezes, aguentava uma manhã sem ir à casa-de-banho...eu até tomava conta se o patrão, se*

ele saía para fora... e isso é mais um problema que está a trabalhar na minha cabeça, porque eu agora se estou pior...". Outra participante (E9) menciona fazer esforços e saber que isso lhe vai provocar a saída do prolapso, "*não podia fazer grandes forças* [referente ao trabalho no campo] *porque sentia aquele peso!* [referente ao prolapso]".

Os achados nesta categoria, vão de encontro com Getliffe e Dolman, (2007), quando afirmam que a disfunção do assoalho pélvico tem um impacto devastador sobre a qualidade de vida dos indivíduos, das suas famílias e amigos, determinando limitações sobre estilos de vida, oportunidades de emprego e funcionamento social.

Na categoria, **relação sexual**, quatro das participantes referem que a disfunção do AP constitui um incómodo para a relação sexual e seis das participantes referem não ser incómodo, inclusive uma delas refere que não é incómodo porque não tem relações sexuais e não tem qualquer desejo.

A relação sexual faz parte integrante da vida do ser humano, assumindo grande variabilidade de pessoa para pessoa, sendo influenciada por situações normativas, como características biológicas, sociais e culturais, ou idiossincráticas como patologias. Relativamente a esta situação Azevedo (2004), refere-se ao impacto da IU na atividade sexual, em que muitas mulheres apresentavam dificuldades na relação sexual, relacionadas com perda de urina, ou medo de ter de interromper a atividade sexual para urinar, ou simplesmente por vergonha. Além disso, a HAP pode desencadear lesões nos órgãos genitais, dor e mal-estar, interferindo com a resposta sexual.

Nos discursos das participantes do estudo há referências a implicações na atividade sexual, sendo expresso por E3 que "*...na vida conjugal também...não me sinto muito à vontade*", acrescentando E8, e denotando pouco à vontade na abordagem do assunto "*...hum como hei de dizer? É chato num é?* [referente à incontinência e à interrupção da atividade sexual] *...tenho de estar sempre a correr para a casa de banho!*". Há ainda relatos relativos à diminuição da frequência, em que E5 expressa: "*felizmente o meu marido compreendeu...passam-se semanas..., mas ele sabe que eu não tenho nada*" [relativamente a não ter desejo sexual].

É frequente, em algumas culturas, que com o avançar da idade a relação sexual esteja menos presente e as pessoas assumam como uma situação de normalidade. Também entre os discursos das mulheres isto está presente, como por exemplo quando E2 refere "*...não já nem penso nisso...*".

Há ainda referências aos processos de adaptação, em que as pessoas vão encontrando estratégias para uma "nova" normalidade. A este propósito E4 referindo-

se à relação sexual, diz que “*nisso não me influenciava nada, mas aquilo causa mal-estar, mas ao deitar, volta ao normal*”.

Ainda nos discursos das participantes encontramos E1, que refere não ter qualquer implicação na sua vida sexual “...*na relação [em relação ao ato sexual] não me estorva nada!*” e E6 “*não, não, não me influenciava em nada! [em relação ao ato sexual] ...*”.

Neste estudo foi possível encontrar discursos que se referem à relação entre a IU e POP com as relações sexuais, que segundo as participantes eram influenciadas negativamente.

As disfunções do pavimento pélvico parecem ter um impacto na função sexual da mulher, com efeitos diferentes para cada distúrbio. Ainda que Pinheiro (2012) refira que o diagnóstico de base (IU ou POP) possam interferir com a inatividade sexual, no presente estudo não foi possível observar, estando presentes implicações quer em mulheres com incontinência, quer em mulheres com prolapso.

Na categoria, **higiene íntima**, duas participantes expressam ter preocupação em ter uma higiene mais cuidada devido à perda de urina, E3 refere “...*, mas se antes tinha preocupação com a higiene, agora muito mais*”, mostrando uma preocupação com o agravamento da sua condição e E6, afirma que se torna um incómodo e também a preocupação com o futuro, devido à HAP, “*traz incómodo...eu penso que vou para velhinha e a gente, se começa a perder xixi, a gente não tem aquela preocupação talvez de se lavar...nós vamos pra velhinhas!!não é?*”.

A incontinência urinária é uma condição comum entre as mulheres, que tem como consequências e limitações físicas, emocionais, ocupacionais, sexuais e sociais causando um impacto negativo na vida destas mulheres (Lopes, 2016). Os sintomas que estas experimentam são uma condição debilitante tanto no foro físico como no psicológico e para Zerati [et al.] (2009) metade das mulheres relata algumas limitações no estilo de vida como, evitar transportes públicos, evitar sair de casa e evitar as relações sexuais com o medo da perda de urina.

Relativamente à categoria, **transtorno da imagem**, E3 reporta-se à situação particular da depilação, quando refere “*Eu nem posso fazer a depilação ali em baixo que fico machucada!*”, o que está relacionada com o prolapso do órgão pélvico que acomete a participante. Numa sociedade em que o culto da imagem está muito presente, estas situações podem ter implicações mais graves ao nível da saúde mental. A este propósito Avery e Stocks, (2016) e Avery [et al.], (2013) consideram que a disfunção do AP é um dos fatores que influencia mais a saúde mental, que podem ir das situações

mais extremas como estados depressivos a outros problemas eventualmente menos graves como o constrangimento, o medo, a baixa de autoestima, a vulnerabilidade, ou a vergonha.

Além da IU o POP também é um distúrbio com grande potencial de impacto na qualidade de vida e a sua frequência, e os sintomas estão associados a uma diminuição da qualidade de vida (Pinheiro, 2012).

É visível que as disfunções do AP, e das suas consequências têm implicações na vida as mulheres e consequentemente na sua percepção da qualidade de vida, sendo importante, tal como refere Abrams [*et al.*], (2013), que deve ser feito um diagnóstico correto da IU e o tratamento adequado, de forma a minimizar os impactos na qualidade de vida.

Urge a necessidade de refletir sobre as necessidades de tratamento conservador das mulheres com disfunções do assoalho pélvico, de forma a diminuir os problemas tanto físicos, como psicossociais, com implicações na sua saúde mental e sexual, de forma a contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida.

A área temática: **TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES**, contextualiza os tipos de tratamentos que foram oferecidos e realizados nos cuidados de saúde, a estas mulheres. Nesta área temática emergiram as categorias **tratamento conservador** e **tratamento cirúrgico**.

Quadro 5 : Tratamento das disfunções

| Categoria | Subcategoria | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 | E8 | E9 | E10 |
|------------------|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Conservador | Reforço dos músculos do assoalho pélvico | | X | | X | X | | | | | |
| | Produtos absorventes | X | X | X | | X | | | X | | |
| | Medidas complementares | | | | X | | X | | | | |
| | Tratamento farmacológico | | X | | | X | X | | | X | |
| Cirúrgico | | X | | X | X | | | X | | | X |

Um dos principais tratamentos conservadores e de maior eficácia é o reforço da musculatura pélvica, cujos objetivos são restabelecer a função dos músculos, tonificar e ganhar força. Nesta categoria emergiu a subcategoria: Reforço dos músculos do assoalho pélvico, que E2 no seu discurso expressa: “*mandaram-me fazer massagens [referente à reabilitação] e agora a Dra. de família também mandou-me fazer massagens...era reeducação.*” e E5 “*aqui mandaram-me fazer terapia, cheguei a ir uns dias...sim reforço dos músculos...*”. No discurso da E4, encontra-se maior especificidade pois referiu fazer o reforço dos músculos pélvicos através de pilates, “*exercícios, sim...fazia o pilates! Com o pilates eu fazia aquele reforço, mas fazia por opção..., mas até nem sabia que isso que fazia era para isto!*”

De acordo com Rocha e Redol, (2017), Lucas, [et al.], (2015), Gray e Moore, (2012), Branco, (2009), a reeducação dos músculos do pavimento pélvico tem por objetivo, aumentar o controlo sobre os músculos do pavimento pélvico, melhorar a força e a função muscular, promovendo desta forma, a continência vesical por aumento da resistência da uretra e de suporte das estruturas pélvicas adjacentes.

Duas das participantes E2 e E5 referiram, terem sido instruídas para efetuar reforço dos músculos pélvicos, e uma delas por iniciativa própria fazia pilates (E4), sem ter noção do benefício para o seu problema de HAP. Esta técnica pode ser uma forma de fortalecimento dos MAP, realizando a mulher um treino muscular onde aumenta a pressão, a resistência e o número de contrações rápidas dos MAP. No estudo de Souza [et al.], (2017), foi utilizado o método Pilates, e concluíram que é possível o fortalecimento dos MAP através desta técnica, tratando e prevenindo as DAP, principalmente nos períodos onde estes músculos são mais exigidos na vida da mulher, como na gestação, no pós-parto vaginal e na terceira idade.

Na literatura encontramos referência a técnicas comportamentais com uma panóplia de estratégias que a mulher pode inserir no seu dia-a-dia com o objetivo de melhorar ou aliviar os sintomas desconfortáveis derivados da disfunção do assoalho pélvico. São constituídas por uma componente educativa, sobre a eliminação vesical, alteração dos estilos de vida (alimentação adequada, perda de peso, exercício físico e cessação tabágica), por programas de reabilitação perineoesfincteriana, onde inclui o treino vesical e a reeducação dos músculos do assoalho pélvico (Newman e Wein, 2009), não se observando dos discursos das mulheres em estudo, podendo indiciar que não foi prescrito pelos profissionais, ou não foi valorizado pelas mulheres.

O estudo de Azevedo [et al.] (2012) reforça que é muito importante a modificação dos estilos de vida nas mulheres com hipotonia do assoalho pélvico, assim como os

programas de reabilitação, tendo como resultados uma melhoria das perdas urinárias e subsequentemente a melhoria na qualidade de vida destas mulheres.

O fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico baseia-se na repetição de determinados movimentos, séries de exercícios localizados dos músculos pélvicos, que permitem um aumento da força muscular. Esta força possibilita a sustentação dos órgãos pélvicos e a melhoria da resistência uretral, ou seja, impede a saída involuntária de urina (Branco, 2009), diminuindo desta forma a IU assim como os POP.

Grande parte das mulheres desconhece qualquer forma de tratamento e/ou não procura ajuda profissional (Lopes, 2016). É neste contexto que se torna imperativo que haja uma intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, pois este tem como uma das competências específicas identificar necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função de eliminação assim como a implementação de planos que reduzam os riscos de alterações a este nível.

Além de todas as competências na área do autocuidado, o EEER, tem a capacidade de ajudar as mulheres num processo de transição, necessário para lidar com a afeção da HAP, assim como no tratamento desta. É necessária uma avaliação dos aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença sempre que ocorram alterações da funcionalidade e da capacidade para o autocuidado (Regulamento n.º 119/2015, 2015)

De entre as intervenções específicas do EEER, destacam-se o planeamento e implementação de técnicas comportamentais, consideradas a primeira abordagem. Estas técnicas destacam-se como intervenções autónomas de Enfermagem de Reabilitação, podendo estar abrangidas, a educação sobre a afeção do aparelho génito-urinário e/ou mama, e estilo de vida saudável, programas de reeducação perineoesfincteriana como o treino vesical, reeducação muscular do pavimento pélvico e o *biofeedback*, entre outras intervenções, e que segundo evidências científicas têm também um papel importante no tratamento da hipotonia do assoalho pélvico (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

A IU, traz variados incómodos na vida das mulheres, quer a nível psicossocial como físico, e neste nível, além da preocupação com a higiene é necessário o uso de produtos que minimizem o impacto e os constrangimentos que as perdas urinárias provocam, podendo ser uma solução provisória ou definitiva, assim emergiu a subcategoria: Produtos absorventes.

Dos discursos, é possível constatar que cinco das participantes usam pensos absorventes, sejam eles pensos protetores diários, como referiu E2 “*um pensinho*

pequenino ...ponho sempre um protetor” ou E3 *“uso pensos pequenos todos os dias!”*, ou mesmo pensos de maior absorção, *“já não são pensos diários...são de incontinência!”* (E8). Referem também mudar o absorvente várias vezes ao dia, como refere E8 *“não me chegam 3 pensos por dia”*.

O uso de pensos absorventes, é um dos produtos mais usuais na proteção das perdas urinárias. Mascarenhas (2011) no seu estudo, relata que os produtos absorventes são os principais dispositivos de apoio utilizados pela maioria das mulheres. Podem ser desde fraldas, pensos e resguardos. São utilizados quando não é possível a solução da IU ou quando ainda aguardam tratamento. No nosso estudo, metade das participantes recorrem a esta estratégia, eventualmente por ser mais intuitivo e não necessitar de medidas invasivas. Não é, no entanto, claro se é por opção da mulher ou por prescrição.

Outras alternativas de tratamento conservador, são propostas às mulheres com HAP. De acordo com os discursos, emergiu a subcategoria: Medidas complementares em que as participantes se referem à utilização de pessários: *“eu usei um aparelhito...um pessário...”* (E6) e *“Pessário...aquele aparelho, ajudava, pronto! Mas ultimamente provoca-me uma infeção...”* (E4).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2018), os pessários são dispositivos vaginais que servem como alternativa terapêutica em mulheres com IU ou POP. Anatomicamente, aumentam o suporte da uretra, diminuem o ângulo uretrovesical posterior, elevam o colo vesical e aumentam o comprimento da uretra, constituindo-se a base do seu efeito terapêutico. No entanto, podem ter efeitos adversos, como a infeção, tal como referido por E4.

Ainda dentro da categoria tratamento conservador, emergiu dos discursos de quatro das participantes a subcategoria: Tratamento farmacológico. Estas participantes, relataram terem-lhes sido prescritas pomadas com o objetivo de diminuir as perdas urinárias, o que as fez sentirem-se muito melhor, conforme o expresso por E2 *“este médico falou-me em pôr pomada duas vezes por semana... Sim com o medicamento! O medicamento fez-me muito bem!”*, ou por E9 *“... e depois foi quando vim para cá e então o Sr. doutor me deu essa pomada e pronto...passou! [deixou de ter perdas urinárias]”*. Outras duas participantes referem ter sido o único tratamento oferecido para a resolução do seu problema no imediato, *“a doutora deu-me os remédios para tomar...foi só”* (E5) e *“é botar uma pomadita e mais nada”* (E6).

No Consenso Nacional sobre Uroginecologia (2018) é descrita a utilização de estrogénio tópicos. A aplicação vaginal de estrogénios pode ser utilizada em mulheres

na peri ou pós-menopausa com IU e atrofia vaginal, podendo ser a situação das participantes do estudo, ainda que não seja possível assegurar que seja a situação, dado não especificarem o medicamento em causa, o que nos pode indiciar que a informação ou não foi transmitida ou não foi retida (Sociedade Portuguesa de Ginecologia 2018).

A cirurgia tem sido a forma de tratamento mais indicado e proposto pelos profissionais da área das patologias urogenitais. Por falta de sensibilidade para outros tratamentos ou por falta de alternativas nos serviços de saúde, a cirurgia continua a ser o tratamento de primeira linha para as disfunções que derivam da hipotonia do assoalho pélvico nas mulheres. Esta categoria **tratamento cirúrgico**, emergiu de relatos de seis participantes, que referiram ter sido referenciadas para cirurgia como tratamento único ou definitivo, para a resolução da disfunção do assoalho pélvico.

Uma participante (E1) referiu ter de emagrecer para ser posteriormente encaminhada para cirurgia, *“tenho de baixar de emagrecer para propor cirurgia...o que me disse é que tinha de baixar uns kilos para propor cirurgia”* e as restantes referiram ter sido propostas para cirurgia: *“a única coisa foi a cirurgia”* (E6) e E10 *“... tinha de esperar que o útero estivesse todo descido...para cirurgia”*.

Quando o tratamento conservador não é eficaz, a abordagem cirúrgica torna-se a opção. Esta é considerada a terceira linha de tratamento para a IU e antepõe uma avaliação clínica exaustiva, tendo em conta o impacto desta opção na qualidade de vida da mulher (Pires, 2008). A maior parte das mulheres com POP, com sintomatologia, são tratadas com procedimentos reconstrutivos.

Nas mulheres com POP, o impacto na qualidade de vida, os seus anseios e expectativas em relação ao tratamento, não devem de forma nenhuma ser negligenciados, tanto o tratamento conservador quanto o cirúrgico devem ser oferecidos, não sendo este último recomendado no tratamento de mulheres assintomáticas (Horst e Silva, 2016).

Este tipo de tratamento foi o principal e quase único, proposto às participantes do estudo, apesar da literatura nos apresentar o tratamento conservador como primeira linha, e quando implementado precocemente tem efeitos positivos. Mascarenhas, (2011) refere que foi demonstrado por diversos autores e estudos que, se houver prevenção primária da hipotonia do assoalho pélvico é possível diminuir a incidência de casos de IU sem recorrer a métodos invasivos, o que se pode constituir um importante campo de intervenção dos enfermeiros de reabilitação, tendo em consideração as suas

competências específicas e a lacuna existente de assistência a estas mulheres no tratamento conservador.

Zerati [et al.] (2009), abordaram os vários tratamentos conservadores que tem como finalidade o reforço dos MAP, referindo que as técnicas não invasivas têm utilidade na manutenção dos sintomas urinários a nível primário, indicado em mulheres com sintomas leves a moderados, que desejem evitar a cirurgia ou apresentem contraindicações a tratamento invasivos. Os tratamentos conservadores por serem simples e mais acessíveis financeiramente, além do baixo risco de efeitos adversos, não trazem prejuízo para os tratamentos posteriores e são mesmo uma alternativa viável para as formas de tratamento invasivas/não conservadoras.

Sendo os tratamentos conservadores, simples e acessíveis, o EEER, intervém em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, abrangendo todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (OE, 2010). O EEER desenvolve a sua intervenção minimizando o impacto dos processos de doença e maximizando a independência e autonomia da pessoa, também como educador, com um papel fundamental nos processos de promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação, readaptação e reinserção. A evidência científica demonstra um impacto negativo na qualidade de vida na mulher com hipotonia do assoalho pélvico, afetando as dimensões física, psicossocial e económica, podendo a intervenção dos enfermeiros especialista minimizar estes impactos.

O EEER, pelas competências regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (2019), é detentor de saberes e competências que lhe permitem desenvolver um vasto conjunto de intervenções autónomas, abrangendo a educação sobre a afeção do aparelho génito-urinário, e estilo de vida saudável, programas de reeducação perineoesfincteriana como o treino vesical, reeducação muscular do pavimento pélvico e o *biofeedback*, e que permitiria que mulheres como as dos estudo tivessem melhor gestão da sua saúde e consequentemente melhor qualidade de vida. Por isto se torna tão premente na prevenção primária, a atuação precoce do EEER, no reforço muscular do assoalho pélvico de forma a evitar as disfunções que lhe estão associadas.

Ao encontro do quarto objetivo do estudo, emergiu a área temática: **ATITUDE DAS MULHERES EM RELAÇÃO ÀS RESPOSTAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**, dentro desta área, tendo-se identificado as categorias **Aceitação das orientações/prescrições, Aceitação da condição de saúde e Expetativa de alternativa de tratamento** (Quadro 6).

Quadro 6: Atitude das mulheres em relação às respostas dos serviços de saúde

| Categoria | Subcategoria | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 | E8 | E9 | E10 |
|---|----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| Aceitação das orientações/prescrições | | | | | | X | | | X | X | |
| Aceitação da condição de saúde | | | X | | | | | | | | |
| Expetativa de alternativa de tratamento | Com expetativa | | | X | X | X | | X | X | | X |
| | Sem expetativa | X | X | | | | | | | | |

Em relação às atitudes das mulheres face às respostas dos serviços de saúde, dos discursos obtidos das entrevistas, aferiu-se a categoria **Aceitação das orientações/prescrições** que emerge dos relatos de E5, E8 e E9, “*eu faço o que os médicos me mandam!* [referente à pergunta sobre o que esperava ter tido como ajuda] *...foi só o que me disseram* [fazer cirurgia] (E8), existe nestes relatos uma notória falta de vontade própria, não se importando muito com o que se passaria ou não com a sua situação, assim como refere E9, “*Não, porque...a Dra. disse-me logo que não havia mais nada fazer só por meio da operação... que era uma coisa que pronto, desceu o útero e pronto, e que tinha de ser operada.*” É aqui claro a falta de informação dos serviços de saúde para a solução do problema presente.

Os programas de promoção da saúde têm como objetivo fornecer informação e educação às mulheres com o intuito de as capacitar a tomarem decisões positivas relativamente aos seus hábitos de vida diários assim como estratégias para alcançar bons resultados (Kaestener *et al.*, 2016).

O EEER tem nas suas competências a capacidade de fornecer essas informações, de forma a capacitar as mulheres na tomada de decisões relativas à resolução da HAP, assim como na adaptação à sua nova condição de vida e na melhoria dos auto-cuidados.

Na análise, emergiu também a categoria , **Aceitação da condição de saúde**, como expresso no discurso de E2, “*eu não fui fazer reeducação...disse ao médico que se estiver assim ando bem!...não quero ser operada...não é bem, bem não tenho percas de urina...que não possa suportar...pois eu agora também vou falar com a minha Dra*

[referente à médica de família] a ver o que me diz!" . Com este discurso é possível entender a passividade da entrevistada quando referiu nem sequer ter realizado reeducação dos músculos pélvicos, apesar de ter sido informada sobre a importância, sem ter a noção que no presente poderia não ser um problema maior, mas num futuro próximo, poderá-se tornar.

É desta forma que o EEER, pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mulheres, apoiando, alertando e informando para o tratamento adequado e a valorização das atividades de vida destas.

É necessário adaptar os programas de exercício às atividades de vida das mulheres de forma a haver uma maior adesão. Os exercícios passam por lembretes telefónicos ou visuais, explicações sobre o funcionamento dos MAP, que se podem constituir essenciais para a adesão das mulheres e para o sucesso destes programas. Os programas que tem mais repetições em séries, com mais contrações e maior tempo de sustentação, são os mais indicados (Saboia *et al*, 2018).

Emergiu ainda mais uma categoria: **Expetativa de alternativa de tratamento**, que se dividiu em duas subcategorias, com expetativa e sem expetativa. Dentro da primeira subcategoria foram encontrados seis relatos, em que todas as participantes expressam que gostariam de ter encontrado outra solução, diferente da cirurgia, mas que tinha sido a única solução apresentada para a resolução do seu problema. É exemplo os seguintes excertos de E3, *"não me falaram em outra solução... outra solução que não a cirurgia se isso existe deveriam dizer às pessoas*, de E7, *"eu não queria muito cirurgia, eu disse-lhe a ele, se dá para resolver sem cirurgia era melhor, mas tinha de funcionar!"* e E8, *"querer eu queria [outra solução] ..., mas ao menos deram-me medicação!"*. Denota-se uma certa revolta nos discursos das participantes quando questionadas se não lhes foi proposto outro tipo de tratamento que não a cirurgia.

A subcategoria sem expectativas, surge no contexto de duas participantes *"Não porque eu também não tenho vida para fazer exercício!"* [quando abordada se lhe falaram de algum tipo de exercício que poderia efetuar] "(E1) e *"...então depois não fui!"* [realizar reabilitação do AP, encaminhado pela médica de família] ..., *mas não me falou em reeducação...ou exercícios!* [referente ao médico uroginecologista] (E2). Perante estes discursos temos a perceção que, das participantes, apesar de ter sido alertada para realizar reabilitação, não o fez porque não entendeu o que lhe tinha sido proposto e outra porque não foi esclarecida para a importância e benefício de o fazer, referindo que não tem tempo para se dedicar à sua própria reabilitação.

Existe grande diversidade de tratamentos para as disfunções do assoalho pélvico, tanto o tratamento conservador como o cirúrgico devem ser oferecidos, sendo que os anseios e expectativas das mulheres em relação ao tratamento, não devem de forma nenhuma ser negligenciados (Horst e Silva, 2016).

Para as mulheres adotarem um comportamento preventivo em saúde, é necessário sensibilizar e educar por meio de informações e orientações, explicando as mudanças que ocorrem no assoalho pélvico na gravidez, e durante o ciclo vital, e as formas que existem para prevenir as complicações. Mais uma vez a intervenção do EER torna-se essencial no tratamento e prevenção das disfunções do AP.

Da análise, e de acordo com os objetivos e os relatos das participantes, emergiu a área temática: **ASSISTÊNCIA DE SAÚDE NAS MULHERES COM DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO**, com as categorias **Médica** e **Enfermagem** onde se identificam algumas subcategorias (Quadro 7).

Quadro 7: Assistência de saúde nas mulheres com disfunção do assoalho pélvico

| Categoria | Subcategoria | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 | E8 | E9 | E10 |
|------------------|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Médica | Encaminhamento pelo Médico de família | | X | | X | | | | | | |
| | Encaminhamento pelo Médico especialista para outra especialidade | X | | | | | | | | | |
| Enfermagem | Sem intervenção específica | | | | | | X | | | | |
| | Mediação | | | | | X | | | | | |

Da análise dos discursos emerge a categoria, **Médica**, que por ser mais farmacológica ou de referência para outros especialistas, é a mais visível para as mulheres.

Assim emergiu as subcategorias, Encaminhamento pelo Médico de família, que parece ser o encaminhamento mais comum, como podemos observar pelos relatos de E2, “*depois mandou-me para aqui [o médico de família]*”, e de E4 “*E depois fui*

encaminhada para aqui outra vez [para a consulta de uroginecologia, pelo médico de família].

Há ainda a assinalar a referenciação entre médicos especialistas, tendo emergido a categoria: Encaminhamento pelo Médico especialista para outra especialidade, em que E1, referiu “*não procurei ajuda...a ginecologista quando cá vim...é que me passou para este doutor* [referente ao médico uroginecologista] “

Através desta área temática, denotou-se a falta de informação por parte dos profissionais de saúde e a falta de enfermeiros de reabilitação envolvidos nas áreas de saúde da mulher. É notório através dos discursos das participantes o desconhecimento de alternativas ao tratamento cirúrgico, sendo este o proposto quando encaminhado para a consulta de uroginecologia. É importante envolver os Enfermeiros de Reabilitação, neste processo, pois este tem capacidades para desenvolver programas de reabilitação tanto a nível primário, na prevenção das disfunções do assoalho pélvico, como a nível terciário, nas pós-cirurgias de forma a combater os reinternamentos e complicações pós-cirúrgicas.

Relativamente à categoria **Enfermagem**, emergiram duas subcategorias, sem intervenção específica, que surge no contexto dos relatos de seis participantes, que quando questionadas sobre intervenções dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários, as respostas mais frequentes são “*Não, não, nada!*” (E6) ou, “*não a enfermeira [de família] nunca me falou de nada*” (E8), ficando-se com a sensação de que este assunto é pouco explorado pelas enfermeiras de família, eventualmente com a expectativa que seja um assunto a abordar pelo médico.

Uma das mulheres refere intervenções de enfermeiras, e que são relativas à orientação e referenciação para outros profissionais. Desta forma surgiu a outra subcategoria, mediação. A este propósito podemos encontrar um relato de E5 que refere ter tido ajuda por parte de uma enfermeira que trabalha na clínica onde tinha feito fisioterapia, devido a uma operação do foro ortopédico, que lhe sugeriu a reabilitação do AP “*eu fui lá a clínica e pedi à enfermeira que me meteu o pedido!* [referente à reabilitação] ...*não nada!*” [referente se teve ajuda de enfermeiro de família].

Esta situação leva-nos a questionar a importância dos enfermeiros especialistas em reabilitação intervirem numa equipa multidisciplinar que esteja relacionada com a saúde da mulher, que face às suas competências, estarão mais despertos para estas situações, e poderão intervir antecipadamente com medidas não farmacológicas, cuja evidência tem demonstrado efeitos positivo.

O EEER providencia cuidados, informa, orienta, concebe, planeia, implementa e avalia intervenções, medidas de suporte emocionais e psicológicas, no tratamento da mulher com afeções do aparelho génito -urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação. (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Um dos objetivos do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é promover em equipa uma estimulação da musculatura pélvica, abdominal e costas, de forma a aumentar a tonicidade e fortalecimento muscular contribuindo para a promoção da qualidade de vida da mulher (Marques-Vieira e Sousa 2016).

Vários estudos como os de Saboia (2018), Seleme [et al.] (2009), Fozzatie e Hermann (2009) e Mascarenhas (2011), referem que, as intervenções na reabilitação do AP, tem efeitos tanto no pós-parto imediato como no tardio e resulta de um aumento da força muscular dos MAP.

O tratamento conservador tem poucos efeitos adversos, deve ser orientado por um enfermeiro de reabilitação e o sucesso do tratamento está dependente da participação ativa das mulheres.

As disfunções do AP continuam a ser um estigma na sociedade. As mulheres por falta de informação, por vergonha ou por desconhecimento de tratamento, demoram muito tempo na procura de ajuda para a solução dos seus problemas de saúde, e que pode ser observado nas mulheres participantes no estudo.

Foram encontrados relatos, que referiam, ter esperado entre 4 a 7 anos para procurarem ajuda especializada para a disfunção do AP, como por exemplo: “4 anos!” (E1) “*mais ou menos 6 anos*” (E2) “*mais ou menos 4 anos*” (E3) “*mais ou menos 6 anos*” (E5) “há 5 anos...6...mais ou menos” [iniciaram os sintomas de prolapso] (E10). Esta espera de 4 a 7 anos vai de acordo com os estudos de Zerati [et al.], (2009), onde foram avaliadas as causas da demora na procura de ajuda especializada. Esta demora deve-se a que imaginavam que os sintomas fossem normais, receavam precisar de alguma cirurgia, sentiam-se intimidadas por falar do assunto com um profissional e a maior parte esperava que os sintomas passassem. Estas demoras levaram entre 5 ou mais anos na procura de ajuda.

Esta problemática a nível da saúde uroginecológica tem sido muito negligenciada tanto pelas mulheres, como pelos profissionais, quer por desconhecimento ou por falta de sensibilidade, acabando por não se dar o devido valor à verdadeira extensão do problema e ao impacto que tem na QV destas mulheres. Assistimos muitas vezes a uma certa relutância na abordagem deste assunto, a procurar a ajuda para a resolução do mesmo, o que leva ao isolamento social e familiar, das

mulheres com esta condição, com implicações graves associadas a este adiamento ou mesmo a ausência de tratamento.

Conforme Fernandes (2015), as mulheres com IU ficam grandemente afetadas pela sua condição física e tendem a limitar as suas atividades de âmbito social, não tendo consciencialização de que se trata de uma patologia, de um modo geral, tratável, sendo que no seu imaginário, esta situação está muitas vezes associada ao envelhecimento. (Horst e Silva, 2016).

Assim sendo, e em suma, “urge uma necessidade de reunir esforços para sensibilizar os profissionais de saúde para a adoção de medidas de saúde uroginecológicas que previnam ou tratem precocemente a IU na população feminina” (Fernandes *et.al*, p. 95, 2015). Aqui o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, é importantíssimo, nomeadamente na prevenção primária e na atuação com tratamentos conservadores. É necessário também a sensibilização de todos os profissionais de saúde, envolvidos na saúde da mulher, de forma a atenuar este problema, que afeta tantas mulheres.

CONCLUSÕES

Torna-se premente e fundamental a análise das conclusões e a síntese das ideias principais e dos principais resultados obtidos, de forma a perspetivar novos desafios e perspetivas sobre a hipotonia do assoalho pélvico.

As disfunções do assoalho pélvico, são um problema presente ao longo da vida de muitas mulheres, que interfere na qualidade de vida das mesmas. É um tema com bastante pertinência, pois existe um fraco investimento no tratamento conservador, dando-se mais ênfase ao tratamento cirúrgico.

A escolha deste estudo desenvolveu-se pelo facto de ser uma área de interesse pessoal da investigadora e por se denotar um fraco investimento por parte da enfermagem de reabilitação nesta área.

O enfermeiro de reabilitação tem, nas suas competências, a capacidade de implementar programas de reabilitação focados na mulher, durante todo o seu ciclo de vida. Estes programas de intervenções autónomas do EEER, inserido no trabalho em conjunto com uma equipa multidisciplinar, potenciam os ganhos em. Sendo a hipotonia do assoalho pélvico um problema tão incapacitante que influencia a qualidade de vida das mulheres, torna-se imperativo a intervenção do EEER, que pode ter uma intervenção ativa na prevenção e tratamento das DAP.

Dos resultados do estudo é de salientar:

- O estudo incluiu 10 mulheres com idades compreendidas entre os 41 e 73 anos, sendo que a maioria são idosas e multíparas.
- As disfunções do AP encontradas neste estudo foram os 3 tipos de IU mais comuns (esforço, urgência e mista) e o POP. Em relação à IU, a mais prevalente é a IUM e a IUE, sendo que a IUM foi encontrada em mulheres com mais idade e o POP em multíparas.
- A IU e o POP têm implicações nas atividades de vida das mulheres, no seu quotidiano, como subir e descer escadas, pegar em objetos pesados e inclusive nas saídas de casa. Provocam alterações no padrão do sono, que influenciam a qualidade de vida da mulher, não permitindo o descanso necessário. Na autoimagem, e na sua higiene íntima, onde a preocupação constante dos odores e o não poder fazer depilação faz com que não se sinta confortável consigo própria, vivemos numa sociedade em que cada vez mais à o culto pela imagem, a mulher sente necessidade e gosta de se cuidar e transmitir uma imagem cuidada para que se sinta bem e perante a sociedade. Todos estes

constrangimentos podem levar a problemas de autoestima, depressão e consequentemente uma redução da qualidade de vida destas mulheres.

- Também na sua vida profissional, a mulher tem receio de poder exalar odores assim como a urgência e a frequência das idas à casa de banho. As mulheres sentem-se constrangidas pela sua condição e também devido aos odores provocados pelas perdas urinárias.
- As relações sexuais fazem parte integrante da vida da mulher, quando existe uma disfunção que lhe provoque alteração a nível sexual, toda a sua condição de bem-estar físico e mental vai ficar alterada. Neste relatório foi possível perceber, que para algumas mulheres era um problema presente, devido ao receio das perdas de urina, por se tornar um incómodo e também a urgência urinária durante o ato. Em suma, estas disfunções têm influência nas suas relações sexuais, sendo que encontramos ser mais frequente nas mulheres com POP e IUM.
- O tratamento de eleição que é proposto às mulheres é o cirúrgico. O tratamento farmacológico também lhes é prescrito, sendo que o tratamento conservador como a reabilitação do assoalho pélvico poucas vezes foi sugerido às mulheres. Existe uma panóplia de tratamentos conservadores que podem ser realizados pelas mulheres, mas que não o foram no contexto deste estudo.
- O encaminhamento das mulheres é feito pelos médicos de família para a especialidade de Uroginecologia, sendo que não se encontra nenhuma intervenção por parte do enfermeiro de família no encaminhamento das mulheres para a reabilitação.
- As mulheres demoram anos a procurar ajuda profissional, por constrangimento ou por desconhecimento de tratamentos não invasivos, ou também porque acham que é uma condição própria do avançar da idade.

Pelo exposto, consideramos importante a intervenção do EEER na HAP, inserido numa consulta de saúde da mulher, com vista à melhoria da QV e em ganhos em saúde. O EEER, pode ter um papel fundamental nesta área, visto que nas suas competências incluem a educação sobre afeções do foro uroginecológico e a reabilitação do AP. É de salientar que o envolvimento do EEER numa equipa multidisciplinar de saúde da mulher poderá ser uma mais valia, na prevenção, no tratamento conservador e no pós- cirurgia reconstrutiva, com o intuito da melhoria da QV das mulheres e prevenção de recidivas pós-operatórias das DAP.

Urge sensibilizar os profissionais na adoção de medidas na área uroginecológica, de forma a tratar e prevenir as afeções da HAP.

Este estudo, permitiu-nos compreender a necessidade em cuidados de saúde e mais particularmente em cuidados de enfermagem especializada, no âmbito das DAP. No entanto apresentou algumas limitações, como o número de participantes reduzido e o estudo ter-se realizado num único contexto. Incluirmos mais mulheres e de outros contextos, poderia dar-nos outras perspetivas do problema.

Tratando-se de um estudo qualitativo não pretendemos fazer generalizações, mas reportar a informação ao contexto e às participantes. Duplicar o estudo em outros contextos é uma das recomendações para uma futura investigação, pois permitirá uma visão mais ampla do problema.

As entrevistas não foram muito extensas. As mulheres participantes no estudo deram-nos respostas pouco aprofundadas, o que pode ter limitado o acesso em profundidade e extensão ao problema

Com base nos resultados este estudo demonstra a necessidade de dar continuidade à investigação na área da reabilitação do AP. É evidente que as mulheres apresentam necessidades em cuidados de Enfermagem, pelo que estudos com avaliação de contributos da intervenção da Enfermagem de Reabilitação se consideram uma prioridade e uma mais valia. Para tal considera-se a realização de projetos de intervenção, associando a investigação, que permita avaliar os efeitos da intervenção do EEER nas DAP e os efeitos dos programas de reabilitação.

Consideramos premente o desenvolvimento de projetos de intervenção ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, que permitam o reforço dos músculos do assoalho pélvico, iniciando-se no puerpério e alargando para as consultas de saúde da mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMS, Paul [et al.] – **Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence**. [em linha] Paris: Health Publication, 2009. [consultado em 12 novembro 2019]. Disponível em: https://www.ics.org/Publications/ICI_4/book.pdf. ISBN: 0-9546956-8-2

ABRAMS, Paul [et al.] – **Incontinence: 5th International Consultation on Incontinence**. [em linha] Paris: Health Publication, 2013. [consultado em 19 novembro 2019]. Disponível em: https://www.ics.org/Publications/ICI_5/INCONTINENCE.pdf. ISBN: 978-9953-493-21-3.

ALMEIDA, Leandro e FREIRE, Teresa – Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. 3ª Edição, Braga: Psiquilíbrios, 2003. ISBN 978-972-9738-85-2. ASSIS, Liamara Cavalcante – **Efetividade de exercícios do assoalho pélvico durante a gestação como medida preventiva da incontinência urinária e da disfunção do assoalho pélvico**. Botucatu: [s.n.], 2010. Dissertação de mestrado apresentada na Faculdade de Medicina Botucatu.

ASSIS, Thaís [et al.] – Efeito de um programa de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico de múltiparas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro. ISSN 0100-7203. Vol. 35, nº 1(2013), p.10-15.

ABRAMS; A. Schroder, [et.al.] - **Orientações sobre Incontinência Urinária**. [em linha]. Lisboa: Associação Portuguesa de Urologia, 2009. [consultado em colocar aqui data de consulta]. Disponível em: <http://www.apurologia.pt/guidelines/Incont-Urinaria.pdf>.

AVERY, Jodie [et al.] - Psychological perspectives in urinary incontinence: a metanalysis. University of Wollongong Australia. **OA Women's Health**. Vol.1 (2013), p. 1-10.

AVERY, Jodie e STOCKS, Nigel - Urinary Incontinence, Depression and Psychosocial Factors - A Review of Population Studies. **Europena Medical Journal**. Vol.1, nº1(2016), p. 58-67. Disponível em: <http://emjreviews.com/therapeutic-area/urology/urinary-incontinence-depression-and-psychosocial-factors-a-review-of-population-studies/>.

AZEVEDO, Maria [et al.] – Efeitos da reabilitação do assoalho pélvico na incontinência urinária. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação**. Vol. 21, nº 1 (2013), p.22-28.

AZEVEDO, Anabela - **Incontinência urinária: impacto no feminino**. Coimbra: Formasau, 2004. ISBN: 972-8485-55-7.

BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. ISBN 8562938041.

BEZERRA. Maria Rita, [et al.] - Identificação das estruturas músculo-ligamentares do assoalho pélvico feminino na ressonância magnética. **Radiologia Brasileira**: São Paulo. ISSN 1678-7099. Vol. 34, nº6, (2001), p. 323-326.

BOGDAN. Robert e BIKEN. Sari – **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e os métodos**. Porto editora. 2013. ISBN: 9789720341129.

BORGES. Pedro- **Incontinência e Prolapso de órgãos pélvicos** [em linha]. Hospital Trofa saúde: 2019. [consultado a 21 janeiro de 2020]. disponível em <https://www.trofasaude.pt/quimaraes/noticias-e-eventos/noticias/incontinencia-urinaria-e-prolapso-de-orgaos-pelvicos/> .

BOTELHO, Francisco; SILVA, Carlos; CRUZ, Francisco – Incontinência Urinária Feminina. **Ata Urológica**. [em linha]. Vol. 24, nº 1 (2007), p. 79-82. [consultado a 21 janeiro de 2020]. disponível em: <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/11/inc-urin-fem.pdf>

BRANCO, Teresa - **Estratégias na incontinência urinária: novas abordagens**. Sinais Vitais. Lisboa. ISSN 0872-0844. 2009, Vol. 83, p. 16-23.

CAMPOS, Claudinei José – Método de análise de conteúdo: Ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. ISSN 1984-0446. Vol. 57, n.º 5 (2004), p. 611-614.

CERVO, Amado e BERVIAN, Alcino – **Metodologia Científica**. São Paulo: Prentice Hall, 2002. 5ª Edição ISBN 85-87918-15-X.

COELHO, Manuela Mira; VILAÇA, Marta- Reabilitação da Incontinência urinária. **Acta urológica**. [em linha] vol.26, nº. 1 (2009) p.27-32. [consultado em 22 outubro 2019]. Disponível em: <https://www.apurologia.pt/acta/1-2009/reab-inc-urin.pdf>

COMITEE ON OBSTETRIC PRACTICE –Physical activity and exercise during pregnancy and postpartum. **Clinical Guidance- Committee Opinion** [em linha]. nº 804 (april 2020), p.135-142. [consultado a 10/04/2020], disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee->

[opinion/articles/2020/04/physical-activity-and-exercise-during-pregnancy-and-the-postpartum-period](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4633656/)

DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL - **Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos**. [em linha] Helsínquia. [s.n.], 2013, [consultado a 10/10/2019], disponível em [www:URL:http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinguia.pdf](http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinguia.pdf)

DECRETO-LEI nº 122/2011. DR II Série. 35 (2011/02/18) 8648-8653.

FAIENA, Izak [et al.] - Conservative Management of Urinary Incontinence in Women. **Reviews in urology**. [em linha]. Vol. 17, nº 3 (2015), p. 129-39.[consultado em 10/10/2019]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4633656/>

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FOZZATTI, Celina [et al.] - Prevalence study of stress urinary incontinence in women who perform high-impact exercises. **International urogynecology journal**. [em linha] Vol. 23, nº 12 (2012), p. 1687-1691. disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-012-1786-z>

FOZZATTI, Celina; HERRMANN, Vivine - Abordagem da incontinência urinária de esforço feminina pela reeducação postural global. In. PALMA, Paulo César Rodrigues, [et.al.]- **Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas Fisioterapêuticas nas Disfunções miccionais e do assoalho pélvico**. [em linha]. Campinas: Personal Link comunicações. 2009, p. 283-294. [consultado a 12/10/2019], disponível em <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/page/urofisioterapia.pdf>. ISBN: 9788562974007.

FERNANDES, Susana [et al.] - Qualidade de vida em mulheres com Incontinência Urinária. Artigo de Investigação. **Revista de enfermagem Referência**. ISSN 0874-0283. Série IV, nº. 5 (2015) p.93-99.

FERREIRA Margarida, SANTOS, Paula - Princípios da Fisiologia do Exercício no Treino dos Músculos do Pavimento Pélvico: **Acta Urológica**. Vol. 3 nº 26 (2011), p. 31-38.

GETLIFFE, Kathryn; DOLMAN, Mary- **Promoting Continence - A Clinical and Research Resource**. Philadelphia: Elsevier. 2007 ISBN: 9780702032899.

GRAY, Mikel; MOORE, Katherine- **Cuidados de Enfermagem em Urologia**. Loures: Lusociência. 2012. ISBN: 9789728930745.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Maria del Pilar – **Metodologia de Pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill, 2013. ISBN 9786071502919, 3.^a Edição.

HORST, Wagner; SILVA. Jean Carl- Prolapsos de órgãos pélvicos: revisando a literatura [em linha]. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. ISSN 18064280. Vol. 45, n. 2 (2016) p. 91-101.

JELOVSEK, Eric [et al.] – Pelvic organ prolapse. Cleveland: **The Lancet**. ISSN 0140-6736. Vol. 369, nº 9566(2007), p.1027-1038.

KAESTNER, Karla Thayse [et al.] - Eficácia da dinâmica de grupo em educação em saúde em mulheres com incontinência urinária. **Arquivos de Ciências da Saúde**. ISSN 2318-3691. Vol. 23, n. 2 (2016) p. 54-59.

KNORST. Mara- The effect of outpatient physical therapy intervention on pelvic floor muscles in women with urinary incontinence. **Jornal Brasileiro de fisioterapia**. São Carlos. ISSN 141335552013. Vol.17, nº5 (2013).

LACERDA, Carlos- **Estrutura do assoalho pélvico feminino**. In: RUBINSTEIN, Urologia feminina. São Paulo: BYK, 1999.

LALWANI, Neeraj [et al.] – Magnetic resonance imaging of pelvic floor dysfunction. **Radiol Clin North Am**. ISSN 0033-8389. Vol.51, nº 6 (2013), p. 1127-1139.

LANGONI. Chandra [et al.] - Incontinência urinária em idosas de Porto Alegre: sua prevalência e a sua relação com a função muscular do assoalho pélvico. **Artigo de pesquisa**. São Paulo. ISSN: 180902950. Vol. 21, nº1 (2014).

LOPES, Maria Helena [et al.] - Programa de reabilitação do assoalho pélvico: relato de 10 anos de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. ISSN 1984-0446 Vol. 70, nº1, (2016) p. 231-235.

MAHRAN. Montasser- Labial fusion causing urinary incontinence: comment. **International Urogynecol Journal**. [em linha] Vol. 22, nº 10, (2011), p.1335-1337. disponível em: doi:10.1007/s00192-011-1496-y.

MARQUES VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís – **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida**. Lisboa: Lusodidacta, 2016. ISBN: 9789898075734.

MARTINS, José – Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol.12, nº2 (2008), p. 62-66.

MASCARENHAS, Teresa - **Disfunções do pavimento pélvico: Incontinência Urinária e prolapso dos órgãos pélvicos**. Manual de Ginecologia. Lisboa: Permanyer Portugal. 2011. Vol.2. ISBN: 9879727332601.

MELEIS, Afaf Ibrahim - **Transitions theory: Middle-ranger and situation-specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company, 2010, ISBN: 978-0-8261-0535-6.

MELO, Laís [et al.] - Infecção do trato urinário: uma corte de idosos com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Enfermagem**. ISSN 1984-0446. Vol. 4, nº 70 (2017), p. 873-80.

MOREIRA, Eliane; ARRUDA, Paula- **Força muscular do assoalho pélvico entre mulheres continentais jovens e climatéricas**. Seminário Ciências biológicas da saúde. Londrina. Vol.31, nº1 (2010), p. 53-61.

MOREIRA, Carmen [et al] - **Estudo comparativo entre a eletroterapia e cinesioterapia no fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico entre mulheres nulíparas e multíparas**. Belém, 2007. Trabalho final de bacharel.

MORKVED, Siv; BO Kari – Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: one year follow up. **BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology**. [em linha]. Vol.107, (2000), p.1022–1028. Disponível em: doi:10.1111/j.1471-0528.2000.tb10407.x

NEWMAN, Diane e WEIN, Alan - Managing and Treating Urinary Incontinence. Baltimore: **Health Professions Press**. 2009, 2ª edição. ISBN: 978-1-932529-21-0.

NOLASCO, Juliana [et al.] - Atuação da cinesioterapia no fortalecimento muscular do assoalho pélvico feminino: **Revisão bibliográfica**. [em linha]. (2017). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd117/fortalecimento-muscular-doassoalho-pelvico-feminino.htm>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação**. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.** Parecer nº 60/2015 – Intervenção na reabilitação do pavimento pélvico. 2015.

PETROS, Peter- An integral theory of female urinary incontinence. **Acta Escandinava.** [em linha] (1990) p.1-79. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.1990.tb08027.x>

PETROS, Peter- **Aplicações clínicas da Teoria Integral da Continência. Urofisioterapia- Alterações clínicas das técnicas Fisioterapêuticas nas Disfunções miccionais e do assoalho pélvico.** Campinas: Personal Link Comunicações, 2009, 1ª edição. ISBN: 9788562974007.

PINHEIRO, Paula – **Parto vaginal e disfunções do Pavimento pélvico- Novas perspetivas.** Porto: Faculdade de medicina do Porto, 2012. Tese de mestrado.

PIRES, M. - Eliminação e Continência Vesical. **Enfermagem de Reabilitação: Processo e Aplicação** Em S. Hoeman Loures: Lusociência, 2008, 2ª Edição. ISBN: 9789728383138.

PORTER, Stuart – **Fisioterapia de Tidy.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2005, 13ª Edição. ISBN 978853521311.

QUEIROZ, Paulo; VIDINHA, Telma; FILHO, António - Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência.** ISSN: 2182.2883. Série IV, nº3 (2014).

REDOL, Flávio e ROCHA, Carla - **Intervenção de Enfermagem com a Pessoa com Alterações da Eliminação Vesical e Intestinal - Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida.** Loures: Lusodidática, 2017. ISBN: 978-989-8075-73-4.

REGULAMENTO n.º 125/2011 Referente ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Publicado em **Diário da República, 2.ª série** — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011.

REGULAMENTO n.º 350/2015 Referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação, Publicado em **Diário da República, 2.ª série** — N.º 119 — 22 de junho de 2015.

REGULAMENTO n.º 392/2019 Referente ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Publicado em **Diário da República, 2.ª série** — N.º 85 — 3 de maio de 2019.

REIS, Carolina – **Incontinência urinária no idoso**. Coimbra: Faculdade de Medicina de Coimbra, 2016. Dissertação de mestrado integrado em Medicina, área científica de Geriatria.

SABOIA, Dayana [et al.] - Eficácia das intervenções realizadas no pós-parto para prevenir incontinência urinária: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem** Brasília. ISSN: 0034-7167. Vol. 71 (2018), p. 1544-52.

SABOIA, Dayana Maia [et al.] - Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. **Revista escola de enfermagem**. USP. São Paulo. ISSN 1980-220X. Vol.51 (2017).

SELEME, Maura [et al.] - O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. **Revista brasileira geriatrica e gerontológica**. ISSN 1809-9823 Vol.17, n.4 (2014), p.721-730.

SELEME, Maura [et al.] - Abordagem da incontinência urinária de esforço feminina pela reeducação postural global. In. PALMA, Paulo César Rodrigues, [et.al.] - **Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas Fisioterapêuticas nas Disfunções miccionais e do assoalho pélvico**. [em linha]. Campinas: Personal Link comunicações. 2009, p. 283-294. [consultado a 10/10/2019], disponível em <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/page/urofisioterapia.pdf>. ISBN: 9788562974007

SESHAN, Vidia e MULIIRA, Joshua - Dimensions of the impact of urinary incontinence on quality of life of affected women: a review of the English literature. **International Journey Urology Nurse**. [em linha]. Vol.8, nº2, (2014), p.62-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ijun.12034>.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA- **Consenso Nacional de Uroginecologia**- secção portuguesa de uroginecologia. [em linha] 2018. [consultado a 22 novembro 2019] Disponível em <http://www.spGINECOLOGIA.pt/consensos/consenso-nacional-sobre-uroginecologia.html>

SOUZA. Cláudia [et al.] - Comparative study of pelvic floor function in continent and incontinent postmenopausal women. **Revista Brasileira de fisioterapia**. ISSN 1413-3555. Vol.13, nº 6 (2009), p.535-541.

SOUZA, Cláudia [et al.] –Influência de um protocolo de exercícios do método Pilates na contratilidade da musculature do assoalho pélvico de idosas não institucionalizadas. **Revista brasileira geriátrica e gerontológica**. Rio de Janeiro. ISSN1981-2256. Vol. 20, n. 4, (2017) p. 485-493.

STRANDING, Susan – **Anatomia- a base anatômica da prática clínica**. Editora Elsevier Profissional. 2010, nº4. ISBN: 853523439x.

TEIXEIRA, Carina; NOGUEIRA, Paula; MASCARENHAS, Teresa - Tratamento da incontinência urinária de esforço. **Ata Obstétrica Ginecológica portuguesa**. [em linha]. Vol. 8, nº 1 (2014), p. 53-60. [consultado a 21 novembro de 2019]. disponível em: <http://www.fspog.com/fotos/editor2/11-aogp-d-13-00045-2014.pdf>

TEODORI. Rosana [et al.] - Reeducação Postural Global: uma revisão da literatura., **Revista brasileira fisioterapia**. São Carlos. ISSN 1413-3555 Vol. 15, n. 3 (Junho 2011), p. 185-189.

VASAVADA, Sandip; RACKLEY,R; CARMEL, M. - Urinary Incontinence: Background. **Medscape**. [em linha] (2015) Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/452289-overview#a2>

ZERATI, Marcelo [et al.] - **Alterações do estilo de Vida: o primeiro passo? Urofisioterapia- Alterações clínicas das técnicas Fisioterapêuticas nas Disfunções miccionais e do assoalho pélvico**. Campinas: Personal Link comunicações, 2009, 1ª edição. ISBN: 9788562974007

ANEXOS

ANEXO 1

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

| | |
|---|---|
| Data de Entrada no Secretariado da CES: Pedido nº 51 de 02/04/2019 | Solicitado pelo Conselho de Administração |
| Assunto: Projeto de Investigação subordinado ao tema: "A mulher com hipotonia do assoalho pélvico: Necessidades em cuidados de Enfermagem". | Em nome do(s) investigador(es): "Áurea Isabel Rodrigues Barroso, aluna do V Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde do IPVC." |

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

"Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório e descritivo. Solicita autorização para a recolha de dados, com recurso a entrevistas semiestruturadas, a mulheres seguidas na consulta externa de Uroginecologia da Unidade

2. Fundamentação

"Os músculos do assoalho pélvico são o mecanismo mais importante na continência e no suporte dos órgãos pélvicos (Porter, 2005). A gravidez é um dos principais fatores de risco que leva à incontinência, a prevalência pode chegar aos 75% e afeta 54,3% das mulheres grávidas que ficam com comprometimento da qualidade de vida (Sangsawang, 2014). A hipotonia do assoalho pélvico acarreta variados problemas de saúde incluindo a incontinência urinária e os prolapsos vaginais. O enfermeiro Especialista em Reabilitação tem um papel fundamental na prevenção e tratamento deste problema de saúde".

3. Conclusão/parecer

O acesso, às mulheres informantes, tem que ser feito pelo médico assistente das mesmas, nesta condição clínica, como elo de ligação ao investigador.
Dado que o estudo solicitado cumpre os requisitos exigidos pela Q741. emitimos parecer favorável ao solicitado.

Nota: Referências bibliográficas:

| | |
|-------------------------------------|------------|
| Relator(es) | |
| Ratificado em reunião do dia | 08/05/2019 |
| Enviado parecer: ____ / ____ / ____ | |

08/05/2019

O Presidente da CES

APÊNDICES

APÊNDICE 1

GUIÃO DE ENTREVISTA

| Objetivos | Tópico da entrevista |
|---|--|
| <p>Descrever as disfunções resultantes da hipotonia do assoalho pélvico</p> <p>Descrever as implicações que a hipotonia do assoalho pélvico tem na qualidade vida das mulheres;</p> | <p>Há quanto tempo que tem disfunção</p> <p>Qual? O que representa?</p> <p>Se é um problema para a mulher</p> <p>Que implicações tem:</p> <p>Na vida doméstica</p> <p>Na vida familiar</p> <p>Na relação conjugal</p> <p>Na relação social</p> |
| <p>Descrever as respostas de cuidados de saúde que as mulheres com hipotonia do assoalho pélvico encontram nos serviços de saúde;</p> | <p>De que forma é que os serviços de saúde e os profissionais tem ajudado na gestão da incontinência</p> <p>Que serviços de saúde tem procurado por causa deste problema e para quê</p> <p>Que ajuda tem encontrado</p> <p>Ajudar a lidar com o problema</p> <p>Orientar para outros recursos</p> <p>Medicação</p> <p>Disponibilização de ajudas técnicas (fraldas, etc.)</p> <p>Outras medidas terapêuticas (exercícios, etc.)</p> <p>As respostas esperadas pelas mulheres, por parte dos serviços de saúde.</p> |
| <p>Descrever as atitudes que as mulheres com hipotonia do assoalho pélvico têm em relação às respostas dos serviços de saúde</p> | <p>Que ajudas/cuidados gostaria de ter encontrado</p> <p>O que esperava encontrar como resposta ao seu problema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamentos |
| <p>Descrever a assistência dos profissionais de saúde às mulheres com hipotonia do assoalho pélvico</p> | <p>Se teve ajuda de profissional? Se sim, que tipo de ajuda por parte do enfermeiro.</p> <p>O enfermeiro orientou para outro profissional ou realizou algum tipo de tratamento?</p> |

APÊNDICE 2

INFORMAÇÃO PARA AS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Informação para as participantes do estudo

O estudo de investigação intitulado “A mulher com hipotonia do assoalho pélvico: Necessidades em cuidados de enfermagem”, será desenvolvido no âmbito do mestrado em Enfermagem em Reabilitação da Escola Superior de Saúde do instituto politécnico de Viana do castelo.

Como forma de maior eficácia na abordagem desta temática e orientação desta investigação foram definidos objetivos:

- Descrever as disfunções resultantes da hipotonia do assoalho pélvico;
- Descrever as implicações que a hipotonia do assoalho pélvico tem na qualidade vida das mulheres;
- Descrever as respostas de cuidados de saúde que as mulheres com hipotonia do assoalho pélvico encontram nos serviços de saúde;
- Descrever as atitudes que as mulheres com hipotonia do assoalho pélvico têm em relação às respostas dos serviços de saúde;
- Descrever a assistência dos profissionais de saúde às mulheres com hipotonia do assoalho pélvico

Os dados da pesquisa têm uma finalidade exclusivamente científica, sendo assegurada a confidencialidade das fontes.

A participação neste estudo não traz nenhum risco, no entanto tem o direito de se recusar a participar na entrevista sem nenhum tipo de penalização para esta facto.

Solicito a sua colaboração para a participação na entrevista, que pretende dar resposta aos objetivos acima referidos, expressando livremente a sua opinião. Estarei disponível para qualquer esclarecimento adicional, utilizando os contatos abaixo referidos.

Muito obrigada pela sua participação e colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

Áurea Isabel Rodrigues Barroso

aurea-23-barroso@hotmail.com

Telemóvel: 965651926

APÊNDICE 3

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaração de Consentimento Informado

Declaração do estudo: “A mulher com hipotonia do assoalho pélvico: Necessidades em cuidados de Enfermagem “

Eu, _____ (Nome completo)

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo e da minha participação na investigação que se tenciona realizar. Foi-me dada oportunidade para fazer as perguntas que julguei necessárias.

Tomei conhecimento, sobre os objetivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto na ocupação do meu tempo, quando me predispus a participar no presente estudo. Além disso, foi-me comunicado que tenho direito a recusar e suspender a minha participação, sem que isso possa representar qualquer prejuízo pessoal ou profissional.

Por isso aceito participar de livre e espontânea vontade no estudo proposto pela investigadora, respondendo às questões que me forem colocadas durante a investigação.

Data: __, __ de _____ de 201__

Assinatura do participante no estudo de investigação

A Investigadora responsável pelo estudo

(Áurea Isabel Rodrigues Barroso)

APÊNDICE 4

MATRIZ DE ANÁLISE DOS DADOS

| Área Temática | Categoria | Subcategoria | Unidades de contexto |
|---|------------------------------|------------------------------------|--|
| Disfunções da Hipotonia do Assoalho Pélvico | Incontinência urinária | Incontinência urinária de esforço | <p>“é incontinência, mas por esforço!...perco urina com muitos esforços...tossir, espirrar...um simples pegar pesos” (E1)</p> <p>“é quando tusso...espirro” (E6)</p> |
| | | Incontinência urinária de urgência | <p>“perda de urina...eu vou muitas vezes à casa de banho...muitas vezes, é que não tenho tempo, eu tenho de ir, tem de ser logo! Tenho sempre de andar a correr para a casa de banho e essas coisas todas” (E8)</p> |
| | | Incontinência urinária mista | <p>“começo a perder um pouco de urina... ai perco quando subo escadas...quando vou ao quintal e a pegar em coisas” ... “se me dá vontade...chego lá já com o penso molhado” (E5)</p> <p>“quando tossia ou às vezes quando saía, tinha de vir depressa fazer xixi!...sim comecei a perder urina” (E2)</p> |
| | Prolapso dos órgãos pélvicos | | <p>“...saía-me o útero para fora.... Saía-me assim uma bola!” (E4)</p> <p>“eu já fui operada em 2004..., mas com o passar dos anos...voltou a acontecer!” [referente ao prolapso] (E5)</p> <p>“diz que tenho um prolapso, não é?” (E7)</p> <p>“As vezes a gente puxa demais...foi por isso que me aconteceu isto!...começou-me aquele peso, parecia que estava a ter uma criança” (E9)</p> <p>...eu sou doméstica, mas trabalho na casa de uns senhores aninhar, erguer, aquilo estava sempre a sair [relativamente ao prolapso] (E10)</p> <p>“perco urina há quase 4 anos quando tusso e assim ...tenho também o que se chama? Sai-me pra fora... (prolapso), comecei a perder urinas, depois de uma crise renal!” (E3)</p> |

| Área temática | Categoria | Sub categoria | Unidades de contexto |
|--|-----------------------------------|---------------|---|
| Implicações da Hipotonia do Assoalho Pélvico na vida das mulheres | Atividades de vida diárias | | <p>“eu ainda não tive muitas dificuldades [em relação à perda de urina] porque sou muita caseira! (E3)</p> <p>“Sim em pé e quando faço esforço...em andamentos [quando saí à rua] e isso!” (E4).</p> <p>“a minha cozinha é em baixo, tenho de subir as escadas...quando chego lá tenho de andar sempre a correr para a casa de banho” (E8)</p> <p>“sim, sim no meu dia-a-dia...chegou a um ponto que aquilo estava mesmo mal...aninhar, erguer, aquilo estava sempre a sair [referente ao prolapso] ... até que eu não aguentava mais” (E10)</p> |
| | Alteração do sono | | <p>“...sim levanto-me várias vezes de noite.” (E8)</p> |
| | Transtorno da imagem | | <p>Eu nem posso fazer a depilação ali em baixo que fico machucada!” (E3)</p> |
| | Atividade profissional | | <p>“... em relação ao meu dia a dia, na minha área onde trabalho sim porque a gente perde urinas e fica com um cheiro, fica a roupa a uler!! sim é incomodativo” (E1)</p> <p>“porque se calhar foi de esforços, pesos...porque carregava um barril de finos!...panelas grandes...e foi desde aí! [que surgiu o prolapso]” (E4)</p> <p>“eu antes de ser operada não ia tantas vezes, aguentava uma manhã sem ir ao wc...eu até tomava conta se o patrão, se ele saía para fora!” eu fui operada à coluna, já fez 1 ano a 3 de maio, e eu ainda não fui trabalhar!!! E isso é mais um problema que está a trabalhar na minha cabeça, porque eu agora se estou pior, não é? De quando estava antes!” (E8)</p> <p>“não podia fazer grandes forças [referente ao trabalho no campo] porque sentia aquele peso! [referente ao prolapso]” (E9)</p> |

| | | | |
|--|-----------------------|------------|---|
| | Relação sexual | não | <p>“...na relação [em relação ao ato sexual] não me estorva nada!” (E1)</p> <p>“...não já nem penso nisso... [referente ao ato sexual]” (E2)</p> <p>“nisso não me influenciava nada [em relação ao ato sexual], mas aquilo causa mal-estar, mas ao deitar, volta ao normal” (E4)</p> <p>“não, não, não me influenciava em nada! [em relação ao ato sexual] ...” (E6)</p> |
| | | sim | <p>“...na vida conjugal também...não me sinto muito à vontade” (E3)</p> <p>“felizmente o meu marido compreendeu...passam-se semanas... mas ele sabe que eu não tenho nada [referente à vontade sexual]” (E5)</p> <p>“...hum como hei de dizer? É chato num é? [referente à incontinência] ...tenho de estar sempre a correr para a casa de banho!” (E8)</p> <p>“com o meu marido...sim um pouco!” (E9)</p> <p>“na minha vida com o marido, sim” (E10)</p> |
| | Higiene íntima | | <p>“...,mas se antes tinha preocupação com a higiene, agora muito mais” (E3)</p> <p>“trás incómodo...eu penso que vou para velhinha e a gente, se começa a perder xixi, a gente não tem aquela preocupação talvez de se lavar...nós vamos pra velhinhas!!não é?” (E6)</p> |

| Área Temática | Categoria | Sub-Categorias | Unidades de contexto |
|---------------------------|-------------|--|--|
| Tratamento das disfunções | Conservador | Reforço dos músculos do assoalho pélvico | <p>"...sim lá [referente à médica de família em França], mandaram-me fazer massagens [referente à reabilitação] e agora a Dra. de família também mandou-me fazer massagens...era reeducação...ela disse-me para fazer isto [referente à reabilitação] ...era para ir mas depois fui para França outra vez...disseram-me que tinha de ser seguida [referente à reabilitação]" (E2)</p> <p>"aqui mandaram-me fazer terapia, cheguei a ir uns dias...sim reforço dos músculos..., mas na clínica disseram-me [referente à fisioterapeuta], que já era tarde demais, que era melhor arranjar um especialista, para tratar!" (E5)</p> <p>"exercícios, sim...fazia o pilates! Com o pilates eu fazia aquele reforço, mas fazia por opção..., mas até nem sabia que isso que fazia era para isto!" (E4)</p> |
| | | Produtos absorventes | <p>"sim, sim ...pensos" (E1)</p> <p>"um pensinho pequenino ...ponho sempre um protetor" (E2)</p> <p>"uso pensos pequenos todos os dias!" (E3)</p> <p>"uso só um penso assim deste tamanho!" (E5)</p> <p>"já não são pensos diários...são de incontinência!!...tenho de andar sempre de penso não me chegam 3 pensos por dia...é chato, não é?..." (E8)</p> |
| | | Medidas complementares (Pessários) | <p>"eu usei um aparelhito...um pessário..." (E6)</p> <p>"Pessário...aquele aparelho, ajudava, pronto! Mas ultimamente provoca-me uma infeção..." (E4)</p> |
| | | Tratamento farmacológico | <p>"este médico falou-me em por pomada duas vezes por semana... Sim com o medicamento! O medicamento fez me muito bem! "(E2)</p> |

| | | |
|--|------------------|--|
| | | <p>"a doutora deu-me os remédios para tomar...foi só" (E5)</p> <p>"é botar uma pomadita e mais nada" (E6)</p> <p>"... e depois foi quando vim para cá e então o Sr. doutor me deu essa pomada e pronto...passou! "(E9)</p> |
| | Cirúrgico | <p>"tenho de baixar de emagrecer para propor cirurgia...o que me disse é que tinha de baixar uns kilos para propor cirurgia...se baixar que isto até melhora...vai propor para cirurgia porque tenho a bexiga descida" (E1)</p> <p>"me disse que depois tem de me propor para cirurgia ...se piorar!" (E3)</p> <p>"o que me foi oferecido foi uma cirurgia...sim para a operação. Eu já extraí o útero ...! agora é a bexiga" (E4)</p> <p>"a única coisa foi a cirurgia" (E6)</p> <p>"2, 3 anos [referente ao tempo que tem de esperar] ...para descer completamente [prolapso]...para a cirurgia" (E7)</p> <p>"... tinha de esperar que o útero estivesse todo descido...para cirurgia" (E10)</p> |

| Área Temática | Categoria | Subcategoria | Unidades de Contexto |
|--|---|----------------|---|
| Atitude das mulheres em relação às respostas dos serviços de saúde | Aceitação das orientações/prescrições | | <p>“venho a esta consulta... ecografia e análises, e é só!” (E5)</p> <p>“eu faço o que os médicos me mandam! [referente à pergunta sobre o que esperava ter tido como ajuda]...foi só o que me disseram [fazer cirurgia](E8)</p> <p>“Não, porque...a Dra. disse-me logo que não havia mais nada fazer só por meio da operação... que era uma coisa que pronto, desceu o útero e pronto, e que tinha de ser operada.” (E9)</p> |
| | Aceitação da condição de saúde | | <p>“eu não fui fazer reeducação...disse ao médico que se estiver assim ando bem!...não quero ser operada...não é bem, bem não tenho percas de urina...que não possa suportar...pois eu agora também vou falar com a minha Dra [referente à médica de família]a ver o que me diz!” (E2)</p> |
| | Expetativa de alternativa de tratamento | Com expetativa | <p>“não me falaram em outra solução a não ser esta consulta...eu gostaria que me tivessem apresentado outra solução que não a cirurgia se isso existe deveriam dizer às pessoas [referente à reabilitação] (E3)</p> <p>“eu acho que sim [referente a poder haver outra solução], não haveria outra solução?...outra solução também não sei o que seria!” (E4)</p> <p>“eles deviam me ter mandado fazer terapia e eu não chegava ao ponto que cheguei!...foi só! [referente as soluções propostas]” (E5)</p> <p>“eu não queria muito cirurgia, eu disse-lhe a ele [médico de uroginecologia] mas que remédio tenho eu de andar com aquilo pendurado...se dá para resolver sem cirurgia era melhor, mas tinha de funcionar!” (E7)</p> <p>“querer eu queria [outra solução] ..., mas ao menos deram-me medicação!” (E8)</p> <p>“ sim claro! [quando questionada se gostaria de ter outra solução que não a cirurgia] (E10)</p> |
| | | Sem expetativa | <p>“Não porque eu também não tenho vida para fazer exercício! [quando abordada se lhe falaram de algum tipo de exercício que poderia efetuar] “(E1)</p> <p>“...então depois não fui! [realizar reabilitação do AP, encaminhado pela médica de família]... mas não me falou em reeducação...ou exercícios! [referente ao médico uroginecologista](E2)</p> |

| Área Temática | Categoria | Subcategoria | Unidades de contexto |
|---|------------|--|--|
| Assistência de Saúde nas mulheres com disfunção do assoalho pélvico | Médica | Encaminhamento pelo Médico de família | <p>"depois mandou-me para aqui [o médico de família] ...este doutor [referente ao médico uroginecologista]...disse-me para ser operada, mas eu disse-lhe que não!" (E2)</p> <p>"o único que me disseram [o médico de família] foi para vir a esta consulta." (E3)</p> <p>"E depois fui encaminhada para aqui outra vez [para a consulta de uroginecologia, pelo médico de família] "(E4)</p> <p>"eu vim aqui ao médico e disse-me que não faz falta ser já operada...o medico de família é que me mandou para esta consulta" (E6)</p> <p>"queixei-me ao médico de família...mandou-me fazer uma ecografia...disseram-me que tinha o útero grande e que fazia pressão na bexiga... o médico de família nunca me conseguiu fazer papanicolau...eu vim para aqui porque fiz um rastreio do cancro colo útero nessa carrinha...e mandaram me falar com o medico de família para vir para esta consulta aqui [urogineologia]" (E8)</p> <p>"fui á Dra. de família que me encarreirou para aqui...a Dra. disse-me logo que não havia mais nada a fazer...só por meio de operação." (E9)</p> |
| | | Encaminhamento pelo Médico especialista para outra especialidade | <p>"não procurei ajuda...a ginecologista quando cá vim...é que me passou para este doutor [referente ao médico uroginecologista] ...com o médico de família nunca falei nada!" (E1)</p> |
| | Enfermagem | Sem intervenção específica | <p>"não! [referente se a enfermeira lhe sugeriu alguma outra solução, outro profissional /reabilitação] "(E1)</p> <p>"...não nada! [referente se teve ajuda de enfermeiro de família]" (E5)</p> <p>"Não, não, nada!" [referente se a enfermeira lhe sugeriu alguma outra solução, outro profissional/reabilitação]," (E6)</p> <p>"não a enfermeira [de família] nunca me falou de nada [referente a fazer reabilitação]" (E8)</p> <p>"não, nada! [quando questionada se o enfermeiro a ajudou de alguma forma] (E9)</p> <p>"nenhuma [referente a resolução do problema].. Tinha de esperar para o útero descer" (E10)</p> |
| | | Mediação | <p>"eu fui lá a clínica e pedi à enfermeira que me meteu o pedido! [referente à reabilitação] (E5)</p> |